

**FHI**

Projeto de Estudos da Mulher: Brasil

# Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil



Outubro 1995  
Family Health International

O Projeto de Estudos da Mulher é financiado pela Agência Internacional de Desenvolvimento dos Estados Unidos (USAID) sob o Contrato Cooperativo USAID/CCP-3060-A-00-3021-00. As opiniões e conclusões expressas neste documento são exclusivas dos autores.

---

**FAMILY HEALTH INTERNATIONAL**  
**PROJETO DE ESTUDOS DA MULHER**

***SUMÁRIO***

---

PREFÁCIO .....	ii
APRESENTAÇÃO .....	iii
RESUMO DO PROJETO DE ESTUDOS DA MULHER .....	iv
REFLEXÕES SOBRE GÊNERO E FECUNDIDADE NO BRASIL	
Contracepção, Empowerment e Entitlement: Um Cruzamento Necessário na Vida das Mulheres	
<i>Margareth Arilha</i> .....	1
AIDS e Saúde Reprodutiva: Velhas e Novas Questões	
<i>Regina Maria Barbosa</i> .....	17
Maternidade e Trabalho Feminino: Sinalizando Tendências	
<i>Cristina Bruschini</i> .....	29
As Práticas Contraceptivas e o Aborto no Brasil	
<i>Karen Giffin e Sarah Costa</i> .....	55
A Transição da Fecundidade e a Violência Contra a Mulher	
<i>Maria Filomena Gregori</i> .....	77
Fecundidade, Educação Infantil e Gênero	
<i>Fúlvia Rosemberg</i> .....	89
SOBRE OS AUTORES .....	107

## PREFÁCIO

Em meados de 1994 fui convidada a colaborar com a Family Health International na exploração de uma instância de reflexão capaz de captar a complexidade que envolve as relações entre os vários processos de mudança na vida da mulher, que incluem as esferas da educação, trabalho, participação social e política, passando pelas relações de gênero e papel na família, e sua conduta sexual e reprodutiva.

A idéia era tentar compreender estes processos como de "mão-dupla", ou seja, ser tão válido supor, por exemplo, que o aumento da participação da mulher na força de trabalho pode levar à redução de sua prole, quanto supor que ter um número menor de filhos abre novas oportunidades para o trabalho feminino.

Este olhar rompendo a visão funcionalista de "mão-única" foi motivo determinante de nosso envolvimento com esta iniciativa.

A partir daí, foi tarefa fácil sugerir nomes de pesquisadoras e motivá-las a aceitar a empreitada.

Após seis meses daquele nosso encontro com Patrícia Bailey e Arlene McKay, foi realizado, em São Paulo, em 9 de dezembro, um pequeno seminário para exposição e discussão dos seis trabalhos elaborados, sob a perspectiva previamente definida.

Considero os trabalhos que integram esta publicação um passo relevante na tentativa de sugerir novos caminhos para as reflexões sobre processos de mudança, relações de gênero e reprodução.

*Elza Berquó*

Núcleo de Estudos de População, Unicamp  
Campinas, Brasil

## APRESENTAÇÃO

Várias pesquisas notáveis já foram conduzidas no Brasil sobre sua transição demográfica e o declínio da fecundidade. Entretanto, são em menor número as pesquisas avaliando como esta transição afetou ou afeta as mulheres e as mudanças que elas têm experimentado em relação ao mercado de trabalho, a escolaridade ou outros aspectos psico-sociais de suas vidas. Resultados de estudos brasileiros são essenciais para o desenvolvimento de pesquisas e programas sensíveis às necessidades das mulheres.

O Projeto de Estudos da Mulher da *Family Health International* tem o prazer de apresentar esta coleção de seis trabalhos. Eles resumem o nível atual de conhecimento e discursam sobre temas identificados como de alta prioridade pelo pessoal do Projeto e por organizações que lidam com a saúde da mulher brasileira.

Para facilitar os esforços dos colegas brasileiros e do Projeto, pedimos a Elza Berquó do Núcleo de Estudos de População e do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, que identificasse o que se sabe e o que é preciso saber sobre como o uso -- ou o não uso -- de contracepção ou de serviços de saúde reprodutiva afeta as dimensões particulares da vida das mulheres. Os trabalhos exploram este impacto nos papéis reprodutivos, na participação na força de trabalho, e os aspectos pessoais e sociais do *empowerment* (fortalecimento) da mulher.

Agradecemos a Elza Berquó por sua liderança e direção no desenvolvimento dos seis trabalhos. Prezamos o cuidado e a erudição que as autoras tiveram ao realizar este trabalho. Finalmente, gostaríamos de reconhecer a assistência de Maria Coleta de Oliveira e o pessoal do Núcleo de Estudos de População da Unicamp.

*Arlene McKay*  
Estudos da Mulher

*Patrícia Bailey*  
Estudos da Mulher

## RESUMO DO PROJETO DE ESTUDOS DA MULHER

O Projeto de Estudos da Mulher da *Family Health International* é um esforço de pesquisa que durante cinco anos irá explorar o impacto do planejamento familiar na vida das mulheres. Iniciado em outubro de 1993, o Projeto procura documentar as perspectivas e discernimentos das mulheres para alcançar uma maior compreensão das consequências positivas e negativas do uso -- ou não uso -- dos métodos contraceptivos e dos serviços de saúde reprodutiva.

Os principais objetivos do Projeto são:

- apoiar projetos em ciências sociais e estudos do comportamento sobre as consequências imediatas e a longo prazo, para as mulheres, dos serviços e dos métodos contraceptivos;
- prover informações e dados que possam ser utilizados para melhorar o planejamento familiar e as políticas e programas de saúde reprodutiva a ele relacionados, através de um maior conhecimento das necessidades e perspectivas das mulheres.

O tipo de pesquisa apoiada pelo Projeto procura complementar a pesquisa biomédica e operacional sobre planejamento familiar e saúde reprodutiva. Incluem-se a coleta e análise de dados qualitativos e quantitativos, assim como o uso de estudos longitudinais, entrevistas em profundidade, grupos focais e estudos de caso.

O Projeto de Estudos da Mulher está apoiando pesquisas comparativas e multiculturais, além de pesquisas específicas em seis países prioritários: Bolívia, Brasil, Filipinas, Egito, Indonésia e Zimbábwe. O Projeto financia ainda atividades em Mali e Jamaica, e análises secundárias de dados de Nigéria, Bangladesh e Malásia.

Comitês Consultivos nos países prioritários e um Comitê Consultivo Internacional ajudam a assegurar que as pesquisas realizadas sejam pertinentes a cada país. O Projeto procurou ativamente e continua buscando perspectivas de grupos de mulheres que possam auxiliar na formulação de prioridades de pesquisa, das abordagens dos estudos, e na divulgação dos achados das pesquisas.

*Para maiores informações sobre o Projeto de Estudos da Mulher entre em contato com:*

*Dra. Nancy Williamson  
Diretora do Grupo de Estudos da Mulher  
Family Health International  
P.O. Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709 EUA*

**CONTRACEPÇÃO, EMPOWERMENT E ENTITLEMENT:  
UM CRUZAMENTO NECESSÁRIO NA VIDA REPRODUTIVA  
FEMININA**

**Margareth Arilha**

## RESUMO

Atualmente o uso de contraceptivos no Brasil atinge níveis considerados comparáveis aos dos países desenvolvidos modernos. A redução da fecundidade fez com que as taxas passassem de 4.5 filhos em 1980, 3.5 em 1984 chegando a 2.5 em 1991. Ocorre no entanto que tal redução foi obtida pelo elevado uso da esterilização feminina e da pílula, utilizados no Brasil respectivamente por 44% e 41% das mulheres unidas de 15 a 54 anos de idade que usavam algum contraceptivo, e tem sido feita às custas de um preço alto para a saúde das mulheres.

Mesmo levando em consideração este quadro é importante salientar dois aspectos: grande parte das mulheres brasileiras ainda têm um número de filhos maior do que aquele que desejavam ter e, por outro lado, as mulheres não abandonaram a maternidade como parte importante de seu projeto de vida. Continuam desejando constituir família, ter filhos e cuidar deles, porém o peso que atribuem a estas atividades parece começar a se modificar.

Praticamente três décadas já se passaram após as grandes mudanças estabelecidas pela contracepção no mundo, e muitas questões ainda não foram respondidas em relação às necessidades individuais e sociais das mulheres neste campo. No entanto nos últimos anos alguns estudos foram feitos no Brasil e são indicativos de que:

- as mulheres desejam claramente ter menos filhos;
- buscam ativamente a contracepção;
- o uso de contraceptivos, longe de permitir a separação entre a sexualidade e a maternidade, representa a necessidade de preservar a saúde e a possibilidade de cuidar melhor dos filhos que já possuem;
- para algumas mulheres a contracepção representaria a possibilidade de ampliação de experiências e inserção na vida pública.

Assim sendo é importante apontar que o uso de contraceptivos nem sempre vem acompanhado de um processo de desenvolvimento no universo da produção. O desejo de usar contraceptivos não é necessariamente indicador da vontade de inserção no mercado de trabalho, por exemplo. No entanto, a exposição a desejos e necessidades de trabalho podem levar ao uso de contraceptivos. Especialmente adolescentes e mulheres mais jovens, expostas a novas experiências de vida, com um processo de socialização ampliado, certamente poderão compreender a contracepção como algo que as remete para o mundo público no sentido de planejarem maior autonomia para si mesmas. No Brasil estes jovens estão crescendo em processos de urbanização nas grandes cidades, com um nível de escolarização maior do que o das gerações anteriores, com pais e mães sugerindo que as informações do campo da sexualidade e contracepção sejam ampliadas pelos meios de comunicação, pelas escolas e serviços de saúde, além da própria família. Este grupo de mulheres, sem negarem o desejo da maternidade poderão adiá-la se perceberem outras possibilidades de realização para suas vidas, caso identifiquem possibilidades individuais e sociais de realizá-las.

Em síntese, usar contraceptivos não significa necessariamente uma ampliação de oportunidades para as mulheres, em especial para as mais velhas, mas muitas vezes representa um alívio pelo fato de que terão menos filhos, e poderão ter sua saúde um pouco mais preservada. Assim como fazer contracepção não significa ter automaticamente uma vida sexualmente livre como chegou-se a se pensar nas décadas de 60 e 70, usar contraceptivos não significa ter liberdade para a ação no mundo público. Parece ser provável que a ampliação de oportunidades, ao contrário, remeta para o uso de contraceptivos por criarem nas mulheres a expectativa de ter projetos de vida que se destinam para além da maternidade.

Alguns dados de uso de contraceptivos no país remetem também para a hipótese de que no Brasil a escolaridade influi na decisão de uso de contraceptivos em geral, porém pode ser relativa sua influência sobre a escolha do tipo de contraceptivo a ser utilizado, principalmente em contextos tão perversos de atendimento à saúde reprodutiva, como é o caso do Brasil, cujo leque de opções das mulheres brasileiras está totalmente sob hegemonia da esterilização e da pílula.

No Brasil mesmo entre mulheres com um grau de escolaridade mais elevada ainda é grande a escolha da esterilização. Quanto à vinculação da mulher ao mercado de trabalho, há estudos que demonstram que esta correlação entre o número de filhos e o trabalho feminino é inversamente proporcional, porém a nosso ver a vinculação das mulheres aos processos produtivos deve estar associado a processos de "empowerment" e de "entitlement". Entrar para o mercado de trabalho, sofrer as consequências das desigualdades baseadas nas discriminações de gênero e continuar com a carga de todo o trabalho doméstico sem compreender este quadro, talvez possa colaborar muito pouco para fortalecer a capacidade feminina de implementar opções reprodutivas. Portanto, compreender-se como sujeito autônomo e possuidor de "direitos" são condições que, se existentes na vida de uma mulher, certamente poderão dar-lhe a possibilidade de tomar decisões que a coloquem como condutora de sua vida. E, assim sendo, os processos de "empowerment" e de "entitlement" que provocam o desenvolvimento da consciência de gênero e de seu senso de direitos no domínio privado, com percepção de novas capacidades, serão também os motores da ampliação do uso de contraceptivos entre a população feminina.

# **CONTRACEPÇÃO, EMPOWERMENT E ENTITLEMENT: UM CRUZAMENTO NECESSÁRIO NA VIDA DAS MULHERES**

**Margareth Arilha**

O objetivo deste trabalho é trazer alguns elementos para ampliar as considerações e discussões sobre novas questões associadas ao uso de contraceptivos pelas mulheres no Brasil. Em particular fomos convidadas a fazer um exercício de reflexão sobre até que ponto uma redução no número de filhos levaria as mulheres a terem mais oportunidades de ampliar seu universo de vida, ou se seria a ampliação destas oportunidades que naturalmente conduziria as mulheres a desejar ter menos filhos e portanto usar contraceptivos. Para tanto vamos inicialmente traçar um rápido panorama da situação de uso da contracepção no Brasil e posteriormente passar a fazer nossas considerações.

## **I. Caminhos da Contracepção no Brasil**

Tem sido largamente apontada e discutida no Brasil a queda da fecundidade registrada na última década. A exemplo do que aconteceu com vários países da América Latina, o desenvolvimento econômico e diversas intervenções do Estado afetaram os padrões reprodutivos no Brasil, devendo-se considerar especialmente a industrialização que resultou em migração urbana, transformação dos padrões ocupacionais das mulheres, expansão dos modernos sistemas de comunicação que deram nova forma às normas culturais, e as políticas de crédito incentivando novos padrões de consumo (Faria 1989). Além disto contribuíram também a existência de uma ativa rede de organizações não-governamentais voltadas para ações de planejamento familiar, e o desenvolvimento de estratégias de marketing de contraceptivos (Corrêa 1994). A redução da fecundidade fez com que as taxas passassem de 4,5 filhos por mulher em 1980, 3,5 em 1984, chegando a 2,5 em 1991. Tal redução foi obtida pelo elevado uso da esterilização feminina e da pílula, usados respectivamente por 44% e 41% das mulheres unidas de 15 a 54 anos de idade, que usavam algum contraceptivo (Berquó 1993).

Foi já neste contexto de diminuição da fecundidade que o "PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher" foi formulado no início da década de 80, de forma a contemplar as necessidades de saúde das mulheres incluindo aquelas do campo da concepção e da contracepção. Vários estudos, inúmeros debates e seminários têm apontado que a execução do Programa quando existiu foi parcial e diferente nas várias regiões e Estados Brasileiros (Giffin 1994). Em pesquisa realizada durante 1992 (Costa 1992) foi possível verificar que 45% das secretarias municipais de saúde das capitais e 50% das estaduais oferecem ações de planejamento familiar abaixo de 10% das necessidades de suas populações. Assim sendo, sabe-se hoje que questões prioritárias como contracepção, assistência ao pré-natal e ao câncer, bem como prevenção e tratamento das DSTs/AIDS foram precariamente atendidas, sendo que estas últimas foram tratadas de maneira totalmente desconectada das ações de saúde reprodutiva desenvolvidas pelo PAISM (Barbosa 1994).

Dramaticamente, com relação à esterilização, o PAISM não foi capaz de reverter as tendências de utilização no país. Embora não haja dados mais recentes sobre a situação da assistência à saúde reprodutiva de mulheres e homens no país, e em particular sobre a prevalência de uso de contraceptivos, é de se supor que o panorama nacional não tenha melhorado demonstrando, por exemplo, reversão no uso da esterilização. Ao contrário, no Nordeste por exemplo entre 1986 e 1991 cresceu o uso da esterilização entre as mulheres férteis casadas ou unidas que usam contraceptivos (BEMFAM 1991). Há indícios de que apesar de que a grande maioria de pessoas que não usam contraceptivos situam-se em áreas rurais, e são populações de baixa renda, mesmo nas áreas de maior urbanização o atendimento à saúde reprodutiva é precário, e as experiências contraceptivas das mulheres são dramáticas.

Entre acertos e desacertos do PAISM as mulheres continuam construindo suas histórias de vida no campo das decisões reprodutivas. Embora o uso de contraceptivos atinja hoje níveis considerados comparáveis aos dos países desenvolvidos modernos, e que grande parte das mulheres brasileiras estejam ainda tendo um número de filhos maior do aquele que desejavam (Giffin 1994), a transição demográfica tem sido feita às custas de um preço alto para a saúde das mulheres (Costa 1992).

Por outro lado, é bom lembrar que as mulheres também não abandonaram a maternidade como parte importante de seu projeto de vida. Continuam desejando constituir família, ter filhos, e cuidar deles, embora a sua entrada no mercado de trabalho indique que a relevância desta atribuição começa a ser relativizada pela importância de suas atividades no campo da produção (Arihla 1993, Harazin 1994, Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) 1994).

## **II. Significados da Contracepção**

Muito tem se falado nos últimos anos sobre as necessidades não-atendidas das mulheres no campo da contracepção. Este conceito surgiu basicamente no campo do "establisment populacional" e pode ter vários desenhos. Mas, sempre têm grandes limitações. A definição utilizada no Brasil é a de ser o conjunto de mulheres casadas ou unidas, não usuárias de métodos anticoncepcionais, férteis e desejosas de espaçar ou limitar nascimentos, bem como as mulheres grávidas ou amenorréicas, que não tenham planejado ou desejado sua atual ou última gravidez, e nem estavam usando nenhum método quando engravidaram (BEMFAM 1991).

Em 1986 a necessidade insatisfeita por anticoncepção no Nordeste Brasileiro atingia mais de um quarto das mulheres férteis e unidas (BEMFAM 1991). Essa necessidade diminuiu quase 7 pontos percentuais entre 1986 e 1991: de 27% para 20%. Atinge hoje, portanto, cerca de um quinto das mulheres que, segundo tais dados, situam-se majoritariamente nas áreas rurais, são mulheres sem nenhuma instrução ou com primário incompleto. Esta grande mudança aconteceu, no entanto, com o crescimento dos índices de esterilização na região. Teriam então sido atendidas plenamente as necessidades de anticoncepção desta parcela das mulheres do Nordeste?

O conceito de necessidades não-atendidas tem sido reformulado pelas feministas que vem construindo um debate mais sistemático sobre os riscos e benefícios de uso da tecnologia a partir

da perspectiva das mulheres. A maioria delas fala que além de atingir a parcela da população que ainda pode estar diante do risco e frustração de se ver diante de uma gravidez indesejada, há também a necessidade de redistribuição de pesos entre a segurança, eficácia, acesso e aceitabilidade dos contraceptivos, de contextualizar a contracepção em serviços de saúde reprodutiva, e contemplar o acesso a serviços de aborto (Dixon-Mueller 1993).

A principal crítica é que a grande ênfase dos pesquisadores e provedores de serviços tem sido apenas sobre a eficácia dos contraceptivos.

No entanto para pensarmos a questão proposta para este paper, proponho o raciocínio inverso, isto é: a que necessidades das mulheres a contracepção está atendendo no Brasil?

Qual o sentido que adquiriu, no exemplo citado, na vida das mulheres do Nordeste o uso da contracepção - isto é, basicamente da esterilização? Que necessidades o uso da contracepção veio responder? A que expectativas o uso do contraceptivo estaria respondendo?

Talvez de forma mais imediata e aparente, mesmo a resposta à contracepção/esterilização fosse algo positivo para estas mulheres porque responde à demanda de ter menos filhos, de ter um método que não seja prejudicial à saúde como a pílula anticoncepcional é sempre referida. Porém, a contracepção deveria representar sempre uma forma de "empowerment" das mulheres, uma vez que deveria maximizar suas escolhas e habilitá-las a controlar sua fertilidade, sua sexualidade, sua saúde e em última instância, suas vidas. Isto é, o uso de contraceptivos deveria permitir às mulheres sentirem-se titulares de direitos sexuais e reprodutivos. Teria isto acontecido entre as mulheres do Nordeste? Alcançar a contracepção teria permitido que isto ocorresse?

De fato, praticamente 3 décadas já se passaram após as grandes mudanças estabelecidas pela contracepção, e muitas questões não foram respondidas em relação às necessidades individuais de cada mulher em controlar sua fertilidade, e seus diferentes significados individuais e sociais. No entanto na última década alguns estudos foram feitos no Brasil e merecem maior visibilidade como fonte de reflexão para podermos responder a pergunta em questão neste trabalho. As pesquisas desenvolvidas nas décadas 80<sup>1</sup> e de 90<sup>2</sup> indicam claramente que:

- as mulheres desejam claramente ter menos filhos,
- buscam ativamente a contracepção,
- têm conflitos entre o significado que a maternidade têm em suas vidas e o desejo concomitante de usar contraceptivos,

---

<sup>1</sup> Corrêa S. 1984, Ávila B, Barbosa R. 1985, Barbosa R. 1987.

<sup>2</sup> Arilha M. 1992, Arilha M, Berquó E. 1993, Barbosa R, Villela W. 1994, Massi M. 1992, Paiva V. 1989, Serruya S. 1993, Vieira ME. 1994.

- que o uso de contraceptivos, longe de permitir a separação entre a sexualidade e a maternidade, representa sobretudo o desejo de poder ter menos filhos para então poder cuidar deles com mais propriedade e preservar sua saúde,
- com menos frequência, para algumas mulheres, a contracepção representaria a possibilidade de ampliação de experiências, e inserção na vida pública.

Assim, parece-nos que para a maioria das mulheres o modelo de redução do número de filhos, contraditoriamente, ao mesmo tempo em que as remete para o mundo da contracepção lança-as também num lugar em que buscam poder atender com mais propriedade aos filhos que já possuem, correspondendo de forma mais adequada ao "papel feminino" de atender às necessidades afetivas e materiais das crianças. Isto significa que o acesso à contracepção, ou o desejo de chegar a usar um contraceptivo nem sempre vem acompanhado, para grande parte das mulheres, de uma consciência de gênero que lhes permitisse compreender, por exemplo, que os mundos da produção e da reprodução podem ser melhor compartilhados entre mulheres e homens. Estes resultados apareceram em trabalhos desenvolvidos em São Paulo, e no Pará. Há estudos que referem que os problemas de saúde que seguidas gestações provocam, o "desgaste do corpo" podem ser importantes motivos para o uso do anticoncepcional. Eficácia, cuidados com a saúde, despreocupação, são razões para a escolha de um contraceptivo (Lago 1992) largamente referidas.

Estas idéias são de alguma forma confirmadas por duas pesquisas de opinião pública realizadas recentemente. Uma delas foi encomendada pela revista Veja para uma empresa de Pesquisas e foi realizada com uma população de 25 a 65 anos, de ambos os sexos, segmentada por mulheres que trabalham, não-trabalham e homens das classes A, B e C, incluindo as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Recife, e Porto Alegre, (Veja 1994). Tal pesquisa indicou que, para os 3 segmentos, cuidar dos filhos, promover seu bem-estar e sua felicidade ainda são os fatores mais importantes que se apresentam para a vida de homens e mulheres **que trabalham e que não-trabalham**. O trabalho, entre as mulheres que tem alguma atividade remunerada e o cuidado com a saúde entre as que não trabalham, são os aspectos que também passam a ser citados. Isto mostra que a maternidade e o trabalho, e seu balanceamento vem adquirindo novos significados e contornos em suas vidas.

A segunda pesquisa foi feita com uma amostra de 2074 mulheres de São Paulo, Distrito Federal, Recife e Porto Alegre (CCR 1994). Nesta pesquisa para a pergunta sobre os motivos que estariam levando as mulheres a terem menos filhos no Brasil, a resposta mais escolhida dentre aquelas apresentadas pelo entrevistador foi a que afirma que as mulheres "estão preocupadas em dar um bom futuro para seus filhos" (92% dos entrevistados escolheram esta resposta), e em seguida que "as mulheres precisam trabalhar" (86% dos entrevistados escolheram esta resposta). Por outro lado, a resposta "as mulheres querem fazer outras coisas além de ter filhos" e "as mulheres não contam com o apoio de seus maridos ou companheiros" receberam respectivamente apenas 76% e 60% das respostas das pessoas pesquisadas. Isto de certa forma reforça a linha de raciocínio que desenvolvemos, na medida em que indica que são menos escolhidas as respostas que poderiam ser indicadoras de posições mais críticas e que apontariam para uma nova visão das relações de gênero e redução da fecundidade como uma busca de maior autonomia, de maior

satisfação pessoal. Nas duas pesquisas foram privilegiadas as respostas que mostram a importância do cuidado com os filhos como razão máxima para o uso dos contraceptivos.

Assim, é possível concluir que os principais motivos pelos quais as mulheres querem ter hoje menos filhos é a vontade de poder cuidar melhor dos próprios filhos, de expô-los a menos riscos, de garantir seu futuro, sua formação pessoal, protegê-los dos perigos (Ariha 1993). Portanto poderíamos dizer que usar contraceptivos pode significar um desejo, uma aspiração de reformulação das experiências de vida em relação à vida privada com os filhos, de poder cuidar melhor dos filhos que já possuem.

Mais remotamente e/ou num segundo plano para algumas mulheres usar contraceptivos, certamente significaria a possibilidade de alavancar seu processo em direção à vida pública, sua introdução ou ampliação de suas possibilidades no mundo público como um projeto pessoal, independentemente daquele associado às responsabilidades com a família.

Estes resultados aparecem em alguns trabalhos realizados na cidade de São Paulo, o que implica em contextos de grande urbanização e incorporação da mão-de-obra feminina ao mercado de trabalho (Ariha 1992, Ariha 1993) (IRRRAG)<sup>3</sup>.

Assim, no trabalho "Esterilização: um sintoma social" foi possível identificar entre mulheres esterilizadas e não-esterilizadas uma visão crítica das relações que estabelecem com seus parceiros, assim como a percepção de que esta relação é a reprodução de um modelo construído socialmente. Muitas das mulheres que participaram da investigação percebiam as alterações dos "últimos tempos" e consideravam que a existência de um novo lugar para as mulheres pressupunha um projeto de vida diferente da reclusão da vida doméstica e da maternidade. Muitas mulheres, especialmente as esterilizadas, demonstraram que a relação com o trabalho é um caminho importante para conseguir abrir perspectivas para uma vida diferente.

Outras mulheres, no entanto, parecem se lançar ao mercado de trabalho não em função do prazer que este projeto pode dar, mas porque há a insatisfação com o que o parceiro consegue oferecer financeiramente para a família, ou com uma atitude pouco ativa dos maridos para aumentarem sua renda familiar. Não obstante, seja quando as mulheres possuem um projeto de vida associado ao desejo de trabalhar, ou quando sentem que necessitam cobrir as "falhas" deixadas por seus parceiros, ao se lançarem ao mercado de trabalho sentem o impacto de não possuírem as condições "ideais" para enfrentá-lo. É neste contexto que a motivação para a

---

<sup>3</sup> IRRRAG = International Reproductive Rights Research Action Group. Coordenado por Rosalind Petchesky (Hunter College, Universidade de Nova York) este projeto de pesquisa e ação desenvolve-se concomitantemente em 7 países, a saber: Brasil, México, EUA, Egito, Nigéria, Malásia, Filipinas. Seu objetivo é identificar como e em que circunstâncias as mulheres destes países fazem suas decisões reprodutivas. No Brasil o projeto é coordenado pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, e vem sendo desenvolvido em 3 Estados: SP, RJ, PE. A equipe brasileira é composta por mulheres ativistas/pesquisadoras das seguintes instituições: ECOS, SOF, Fundação Carlos Chagas, Geledés, CEPIA, SOS-CORPO, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

contracepção/esterilização apareceu, e parece ser mais presente entre as mulheres que têm o trabalho como uma perspectiva pessoal de realização.

Em outro trabalho (Ariha 1992) a busca de uma mudança na vida reprodutiva foi estudada entre mulheres que procuravam um centro de saúde para demandas de planejamento familiar. Divididas em 3 diferentes grupos, foi possível observar sempre conflitos entre o desejo da maternidade e o desejo da contracepção. Em um dos grupos, os resultados que de certa maneira reforçam o que comentamos, a necessidade de não ter mais filhos é respaldada pela vontade de criar bem os filhos, ter acesso ao mundo do trabalho como forma de atingir meios para poder oferecer bens concretos aos filhos. Nestes casos é a maternidade que leva à contracepção. Nem sempre há um desejo claro de parar de ter filhos para desenvolverem atividades para si mesmas. Há sobretudo o desejo de trabalhar em nome do exercício de uma maternidade mais condigna. Aqui, oferecer aos filhos é satisfazer a si mesmas.

Assim sendo, há indícios de que para a maior parte das mulheres, principalmente entre as mulheres mais velhas, desejar usar contraceptivos não é necessariamente indicador do desejo de inserção no mundo público enquanto expressão de autonomia. Pode ser ou não, e seu significado dependerá certamente do processo de empowerment e de entitlement que estas mulheres estiverem processando.

No entanto, a exposição a desejos e necessidades de trabalho, seja como consequência de atitudes que reforçam o papel tradicionalmente feminino ou como produto de um projeto de vida autônomo, podem levar ao uso de contraceptivos. Certamente, mulheres mais jovens e adolescentes expostas a novas experiências de vida (Corrêa 1984) com um leque de socialização maior, novas oportunidades de aculturação, com novas amizades, expostas a um leque de informações variado, novo, certamente poderão compreender a contracepção como algo que as remete para o mundo público, no sentido de planejarem para si maior autonomia. Isto certamente é o que deve acontecer com as adolescentes, crescendo em processos de urbanização nas grandes cidades, com um nível de escolaridade maior, e com pais e mães pedindo que as informações do campo da sexualidade e da contracepção sejam ampliadas pelos meios de comunicação, em especial televisão, escolas e serviços de saúde, além da própria família. Sem negarem o desejo da maternidade poderão adiá-la se perceberem outras possibilidades de realização para suas vidas, caso sintam-se com chances individuais e sociais de realizá-las.

Tais delineamentos são reafirmados através da pesquisa de opinião já citada (CCR 1994) e que aponta a televisão, as escolas e a família como os principais lugares para que temas do campo da sexualidade e decisões reprodutivas sejam tratados. Tais escolhas indicam que é grande a expectativa que a população tem sobre o papel dos meios de comunicações de massa como instrumento de disseminação de informações, sobre a escola como um lugar onde profissionais especializados poderão intermediar este conhecimento, e em terceiro lugar sobre a própria família, mostrando que de certa forma mulheres e homens estão se dispondo a conversar mais sobre tais temas com seus filhos.

Em síntese considero que usar contraceptivos não significa necessariamente uma ampliação de oportunidades para as mulheres, em especial para as mais velhas, mas muitas vezes representa um alívio pelo fato de que terão menos filhos, poderão ter sua saúde preservada e ao mesmo tempo poderão cumprir a reafirmação do papel de reprodutoras biológicas e sociais.

Assim como fazer contracepção não significa imediatamente ter um vida sexualmente livre, como chegou-se a pensar nas décadas de 60 e 70, fazer contracepção não significa ter liberdade para a ação no mundo público automaticamente. A contracepção poderá ser uma condição facilitadora para este acesso desde que acompanhada de processos que promovam a autonomia das mulheres.

Parece ser provável que a ampliação de oportunidades, ao contrário, remeta para o uso de contraceptivos por terem a força de provocarem nas mulheres uma expectativa de projetos de vida que ou alimentam o projeto da maternidade, o que não é sentido necessariamente como algo negativo, ou que se destinam para além da maternidade.

### **III. A Potencialização das Decisões Reprodutivas: Processos de Empowerment e Entitlement**

O conceito de empowerment tornou-se conhecido, e vem sendo utilizado sem que, de fato, tenha-se dele uma compreensão uniforme. É um conceito em permanente evolução. Desde meados da década de 80, esteve em evidência no campo do desenvolvimento, e foi sendo substituído por outros como participação da comunidade, alívio da pobreza etc. sendo muitas vezes usado como um conceito-recurso para planejar a solução de todos os males sociais. No início da década de 90 volta fortemente ao cenário conceitual, substituindo as expressões anteriores utilizadas. Hoje indica um processo duplo, causa e efeito de mudanças. Tem hoje como principais objetivos o desafio à dominação masculina e subordinação feminina, a transformação das estruturas e instituições que reforçam e perpetuam as discriminações de gênero e a desigualdades sociais, e possibilitar que as mulheres pobres tenham acesso e controle a seus recursos materiais e de informações. É sempre motivado ou acelerado, pelas pressões externas que ocorrem através de movimentos de pessoas, grupos, ou instituições que tentam promover mudanças de percepção e de consciência. No caso das mulheres isto implica necessariamente em adquirir consciência de gênero (Batliwala 1994).

Experiências de investigação como a do IRRRAG, e experiências de trabalhos de várias ONGs, dentro e fora do Brasil, têm demonstrado que o grau de empowerment das mulheres também irá determinar a maneira como as decisões reprodutivas das mulheres vão se dar, a intensidade com que irão se confrontar com as práticas e situações que as colocam em desvantagem dentro e fora de suas casas, e as mudanças que vão conseguir operar em suas vidas e as de sua comunidade. Conforme foi discutido em uma das reuniões internacionais do IRRRAG e reforçado por Batliwala (1994), o processo de empowerment não é linear, não acontece por etapas, mas ao contrário, é um processo que se constrói de forma espiral, resultante de uma interação crítica e constante das mulheres com suas condições sociais, econômicas, suas concepções religiosas, as condições legais e estruturais de suas sociedades.

A meu ver, promover o processo de empowerment não é nada diferente daquilo que o movimento de mulheres, especialmente da área de saúde vem fazendo intensamente durante a última década no Brasil. O fato de agora o processo de empowerment atingir um status político tão relevante é positivo porque redimensiona a relevância de variáveis que sistematicamente vinham sendo estudadas como as principais determinantes sobre a redução da fecundidade, como é o caso da escolaridade e mais recentemente o trabalho.

Sabe-se hoje que o aumento dos níveis de escolaridade das mulheres influem direta e indiretamente sobre as taxas de fecundidade determinando sua redução. Isto pode ser claramente exemplificado e comprovado com dados de "Surveys" que investigam a Fertilidade (Mahnud 1994) realizados no mundo todo, em países em desenvolvimento, e que apontam para fortes relações entre a escolaridade de mulheres e idade ao casar, tamanho desejado de família, e uso de contraceptivos. Isto pode ser confirmado também no Brasil, com os dados de pesquisa realizada no Nordeste (BEMFAM 1991) em que mulheres com menos do que 1 ano de estudo apresentavam uma taxa de fecundidade de 5,8, que decresce até atingir o índice de 2,0 entre mulheres com 9 anos e mais de estudo. Esta tendência já era observada nos dados de pesquisa nacional realizada anteriormente (Tabela 1).

No entanto é bastante curioso verificar como, para os dados disponíveis para o Nordeste, cresceu enormemente para o período 81-86 o uso da esterilização e diminuiu o uso da pílula anticoncepcional nas áreas urbana e rural daquela região (Tabela 2), independentemente do nível de escolaridade das mulheres. Isto remeteria a pensar, ainda que hipoteticamente, que hoje no Brasil a escolaridade influi na decisão de uso de contraceptivos em geral, porém pode ser relativa sua influência sobre a escolha do tipo de contraceptivo a ser utilizado, principalmente em contextos tão perversos de atendimento à saúde reprodutiva, como é o caso do Brasil, cujo leque de opções das mulheres brasileiras está totalmente sob hegemonia da esterilização e da pílula, conforme já dissemos.

De qualquer forma, isto indica que a escolha do método depende de outros fatores, e não apenas da escolaridade, como vários pesquisadores, ativistas sociais e "policy-makers" têm tentado apontar mais recentemente.

Outra questão em investigação é o trabalho. Embora existam algumas evidências de que há uma correlação negativa entre o trabalho das mulheres e o número de filhos há também alguns estudos que demonstram que esta relação seria inconsistente, e dependeria sobretudo do tipo de ocupação, salário, motivação, posição ocupada-se é empregada ou empregadora, duração e continuidade do trabalho, número de horas etc. E dependeria também como vimos anteriormente de como esta mulher estaria lidando com processos individuais e sociais de empowerment. Entrar no mercado de trabalho, sofrer as consequências das desigualdades baseadas nas discriminações de gênero e continuar com a carga de todo o trabalho doméstico sem compreender este quadro, de fato pode fazer muito pouco para fortalecer suas capacidades de implementar suas opções reprodutivas (Mahnud 1994).

Portanto, criar as percepções das discriminações de gênero, e mostrar às mulheres que elas podem ser e devem ser titulares de direitos são o objetivo máximo dos conceitos de empowerment e entitlement. O conceito de entitlement se reporta à definição da titularidade de direitos. Mudanças nas organizações das sociedades e dos sistemas econômicos fizeram com que alterações no senso de "entitlement" fossem criados (Sen 1994). Leila Linhares em seu trabalho "O conceito de Entitlement no contexto brasileiro", indica como no Brasil há a convivência simultânea de direitos formais e informais. Mostra que a consciência da titularidade de direitos atua tanto no comportamento dos indivíduos, na sua relação com os demais agentes sociais, quanto como elemento reforçador da auto-estima no plano psíquico. Quando alguém declara: "eu tenho direitos" estão em jogo uma série de significados: a idéia de individualização, a idéia de pertencimento, a idéia de força, a idéia de limites, dentre outras. Por outro lado, como a noção de "direitos" é muito fluida, essa declaração nem sempre se refere à esfera de direitos definidos em lei. Uma pessoa pode sentir que tem "direito a ser bem tratada", o que não está escrito nos direitos emanados pelo Estado ou na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Linhares 1994).

Trabalhar, por exemplo, pode trazer uma relação com as experiências de vida que podem ser mais "entitled", ou seja podem gerar relações de maior autonomia, em que as mulheres sentem que tem o "direito de", independentemente deles estarem instituídos em direitos formais, registrados nas leis de um país, e isto pode levar ao uso de contraceptivos, por exemplo. Porém, particularmente considero que para que um sujeito possa se perceber como um "sujeito de direitos", isto é alguém que pode colocar claramente em sua linguagem a expressão de seu desejo, é preciso que haja ao mesmo tempo uma "permissão" social e uma "permissão" individual que, por sua vez, denota autonomia.

Assim, o processo de entitlement é consequência direta do processo de empowerment, vivido em seu amplo sentido de transformações individuais e sociais. Ambos são condições que, se existentes na vida de uma mulher, certamente poderão dar-lhe a possibilidade de tomar decisões que a coloquem como sujeito condutor de suas vidas. No nosso caso, processos de empowerment e entitlement serão a meu ver os motores também da ampliação do uso de contraceptivos.

#### **IV. Conclusões**

Gestar e criar filhos são dimensões humanas em transformação, mas ainda são importantes, especialmente para as mulheres para quem a maternidade representa um importante suporte narcísico e ao mesmo tempo representa a constituição de seu lugar social. Tais concepções transformam-se lentamente.

Pensar na relação entre o uso de contraceptivos e ampliação de experiências de vida implica em pensar se o acesso a algum contraceptivo traria "entitlement" para as mulheres, se elas sentiriam-se mais "titulares de seus direitos" - em especial de seus direitos reprodutivos - a partir do uso de contraceptivos. e se isto poderia trazer a elas a possibilidade de ampliar suas alternativas de ação no mundo público. Ou, se ao contrário, seria a ampliação de seus direitos formais e informais no mundo público, com sua maior participação na vida pública, expostas a diferentes

experiências de vida, processos de socialização o que permitiria uma maior consciência de seu entitlement, de sua condição de sujeito titular de direitos, titular de direitos sexuais e reprodutivos e isto então, remetendo para o uso de contraceptivos.

Pelo exposto até o momento poderíamos dizer que o acesso ao contraceptivo única e simplesmente não representa para as mulheres a garantia da percepção de si mesmas como sujeito portador de desejos e de direitos. No entanto, muitas vezes o acesso ao contraceptivo pode ser a condição necessária embora não suficiente para que as mulheres possam ter alternativas para suas vidas, diferentes daquelas que as mulheres de gerações passadas tiveram no Brasil. Estas tinham um número muito grande de filhos e restringiram suas vidas à esfera reprodutiva biológica e social.

A participação efetiva em novas experiências de vida no mundo público, desde que acompanhada de processos de empowerment, poderão determinar a resignificação da esfera reprodutiva das mulheres, com a possibilidade de desenvolvimento de seu senso de direitos no domínio privado, percepção de novas capacidades, aprendizagem de formulação de direitos legais e como tal um desejo de ter menos filhos e mais possibilidades de fazê-lo.

Evidentemente, as possibilidades de ação no mundo público acabam por reforçar a importância do uso de contraceptivos, na medida em que possibilitam o controle da fertilidade e em consequência podem gerar a manutenção do espaço de atividades no mundo público. Se processos de escolha não forem criados de forma a também ser uma possibilidade de fortalecer as mulheres, podem significar muito pouco como possibilidade de ampliação de novas perspectivas de vida.

Isto deverá ser especialmente verdadeiro para as mulheres mais jovens, criadas em contextos urbanos e em processos socializadores em que suas mães terão mais autonomia.

O que queremos salientar aqui é que é preciso registrar que o desenvolvimento de ações no campo da saúde reprodutiva, como sempre foi afirmado no Brasil, não devem priorizar apenas a chegada do contraceptivo até as mulheres. Durante a década de 80 o argumento utilizado para que a contracepção não fosse um instrumento do controle de população no país, foi justamente o de que era necessário considerar que a contracepção estaria situada no campo das ações de saúde, e como tal deveria ser vista e atendida. Sabemos hoje, no entanto, que além de ser muito pouco oferecer contraceptivos isoladamente, é também insuficiente oferecer ações de saúde desconectadas de um objetivo maior de permitir às mulheres alcançar sua posição de empowerment e de entitlement.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Arilha M. (1992) Realidade Psíquica da Vida Reprodutiva Feminina. Relatório de Pesquisa. Mimeo. São Paulo.

Arilha M, Berquó E. (1993) Esterilização: sintoma social. Relatório de pesquisa. Mimeo. São Paulo.

Ávila MB, Barbosa R. (1985) Contraceção: Mulheres e Instituições. Relatório de Pesquisa. Mimeo. Recife.

Barbosa R, Villela W. (1994) A trajetória feminina da AIDS. Trabalho apresentado no Seminário: "Mulher e Cidadania: Rumos e Descaminhos das Políticas Sociais", promovido pela ABEP - Associação Brasileira de Estudos de População.

Barbosa R. (1987) Mulher e Contraceção: entre o Técnico e o Político. Relatório de Pesquisa. Mimeo. São Paulo.

Batliwala S. (1994) The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. IN Sen G, Germain A, Chen, LC (eds.) Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights. Harvard School of Public Health. Boston. USA.

BEMFAM Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (1991) Fecundidade, Anticoncepção e Mortalidade Infantil. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste.

Berquó E. (1993) Brasil, um caso exemplar - Anticoncepção e parto Cirúrgicos à espera de uma ação exemplar. Revista Estudos Feministas. Vol. 1, n.2/93. CIEC/ECO/UFRJ. Rio de Janeiro.

Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR) (1994) Pesquisa de Opinião Pública. São Paulo.

Corrêa S. (1994) Population and Reproductive Right: Feminist Perspectives from the South. Em colaboração com Rebecca Reichmann. In South Asia; In the rest of the World em associação com DAWN - Development Alternatives with Women for a New Era. Índia.

Corrêa S. (1984) Uma recusa da maternidade? Causas e Condições da Esterilização Feminina Voluntária na Rede Metropolitana do Recife. Trabalho apresentado na reunião Anual da SBPC. São Paulo.

Corrêa S, Petchesky R. (1994) Reproductive and sexual rights: a Feminist Perspective. IN Sen G, Germain A, Chen LC (eds) Population Policies Reconsidered: health, empowerment, and rights. Harvard School of Public Health, Boston. USA.

Costa A. (1992) O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a ser Resgatada. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo.

Dixon-Mueller R, Germain A. (1993) Defining the "Unmet Need" for Family Planning. IN Dixon-Mueller R, Germain A. Four Essays on Birth Control Needs and Risks. International Women's Health Coalition. New York. USA.

Faria V. (1989) Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade. IN: Ciências Sociais Hoje. Anuário de Antropologia, Política e Sociologia. Vértice Editora. São Paulo.

Feedback Pesquisas (1994) Projeto "Mulher": Relatório consolidado. Revista Veja/Especial Mulher - A Grande Mudança no Brasil. Ano 27, edição 1351, agosto/setembro. Editora Abril. São Paulo.

Giffin K. (1994) Women's Health and the Privatization of Fertility Control in Brazil. Social Science Medicine. Vol 39, n.3, pp.355-360. London.

Harazin D. (1994) Especial Mulher. A Grande Mudança no Brasil. Revista Veja. Editora Abril. São Paulo.

Heymann J. (1994) Labor Policy: Its Influence on Women's Reproductive Lives. IN: Sen, G.; Snow, R. Power and Decision. The Social Control of Reproduction. Harvard Center for Population and Development Studies. Boston. USA.

IRRRAG International Reproductive Rights Research Action Group (1995) Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos: um estudo transcultural. Relatório de pesquisa. Brasil.

Lago T, et al. (1992) Aceitabilidade e efetividade de uso do diafragma entre mulheres de baixa renda em São Paulo. Relatório de Pesquisa. Mimeo.

Linhares L. (1994) O Conceito de Entitlement no contexto Brasileiro. Mimeo. Rio de Janeiro.

Mahnud S, Johnston A. (1994) Women's Status, Empowerment and Reproductive Outcomes. IN Sen G, Germain A, Chen L. (eds.) Population Policies Reconsidered: health, empowerment and rights. Harvard School of Public Health. Boston. USA.

Massi M. (1992) Vida de Mulheres - cotidiano e imaginário. Editora Imago. São Paulo.

Paiva V. (1989) Evas, Liliths, Marias. As voltas do Feminino. Editora Brasiliense. São Paulo.

Sen G. (1994) Reproduction: The Feminist Challenge to Social Policy. IN Sen, G.; Snow, R. The Social Control of Reproduction. Harvard Center for Population and Development Studies. USA.

Serruya S. (1993) Mulheres Esterilizadas: Submissão e Desejo. Tese de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Belém.

Vieira EM. (1994) Regret after Sterilization among Low Income Women in São Paulo, Brazil. Degree of Doctor of Philosophy in Applied Population Research in the Faculty of Social Studies. London.

## TABELA 1

**Taxas de fecundidade total para o  
Nordeste segundo anos de estudo da mulher--1984/91**

Anos de estudo	1984	1991	Diferenças relativas (%)
< 1 ano	6,7	5,8	-14,0
1 a 3 anos	5,9	4,4	-26,0
4 anos	4,6	3,5	-24,0
5 a 8 anos	3,6	2,8	-22,0
9 + anos	2,7	2,0	-26,0

Fonte: IBGE/BEMFAM. PNAD 1984 e PSFNe, 1991.

Extraído de: Simões, C. C. S. e Leite, I. C. (1991) "Padrão Reprodutivo, serviços de saúde e mortalidade infantil - Nordeste 1991". In: Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. BEMFAM.

## TABELA 2

**Distribuição proporcional de mulheres usuárias de algum método anticoncepcional, segundo nível de escolaridade e situação do domicílio Nordeste--1986-91**

Tipo de método			
Ano e instrução	Pílula	Esterilização	Outros
<b>1986</b>			
< 1 ano	28,6	50,2	21,2
1 a 3 anos	36,2	44,3	19,5
4 anos	37,5	42,2	20,3
5 + anos	41,5	36,7	21,8
<b>1991</b>			
< 1 ano	17,4	7,2	10,6
1 a 3 anos	20,1	68,4	11,5
4 anos	26,0	63,3	10,7
5 a 8 anos	28,3	54,4	17,3
9 + anos	21,4	59,8	18,8
<b>Urbano</b>			
1986	36,2	43,4	20,4
1991	20,9	65,4	13,7
<b>Rural</b>			
1986	44,4	32,3	23,3
1991	25,7	60,1	14,2

Fonte: BEMFAM. PNSMIPF, 1986 e PSFNe, 1991

Extraído de: Simões, C. C. S. e Leite, I. C. (1991) "Padrão Reprodutivo, serviços de saúde e mortalidade infantil - Nordeste 1991". In: Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste. BEMFAM.

**AIDS E SAÚDE REPRODUTIVA: VELHAS E NOVAS QUESTÕES**

**Regina Maria Barbosa**

## RESUMO

A crescente progressão da AIDS entre a população feminina no Brasil, no final da década de oitenta, veio agravar de modo significativo uma situação de saúde já bastante precária. Por outro lado, o fato da epidemia atingir preferencialmente mulheres jovens, aliado à importância que a transmissão sexual do vírus tem na dinâmica de sua disseminação entre a população feminina, traz consigo várias consequências para o exercício da sexualidade e da reprodução e, conseqüentemente, produz uma série de desafios e desdobramentos para a área da saúde reprodutiva/sexual.

A expansão da transmissão vertical do vírus, por exemplo, além de suscitar diversas discussões e confrontos de natureza política e ética, entre os quais o direito à maternidade da mãe soropositiva, a ilegalidade do aborto, a testagem de rotina/compulsória no pré-natal, impõe para o seu enfrentamento uma rearticulação e uma adequação dos serviços de assistência pré-natal e ao parto. Essas mudanças, que esbarram na precariedade do sistema de saúde, são ainda fundamentais para promover a redução da transmissão vertical através da implementação de estratégias de redução do risco, tais como o uso de AZT durante a gestação e o parto, o uso de cesárea, a lavagem do canal do parto.

Caminhando no sentido contrário, a vinculação entre reprodução, sexualidade e AIDS traz dois desafios opostos. Por um lado, se impõe a necessidade de desenvolver tecnologias que permitam a concepção livre do risco de transmissão do vírus, já que, até o momento, todos os métodos que diminuem esse risco, com exceção da mútua monogamia, impedem também a gravidez. Nesse sentido, busca-se a desvinculação da prevenção da gravidez e das DSTs/AIDS. Por outro, é igualmente urgente que sejam desenvolvidas tecnologias contraceptivas eficazes que ao mesmo tempo auxiliem a prevenção das DSTs/AIDS, uma vez que, por essa ótica, cada vez mais será difícil pensar em prevenção de gravidez totalmente desvinculada da prevenção das DSTs/AIDS.

Além disso, a nova realidade vem questionando a concepção verticalizada de programas de planejamento familiar, assim como o privilegiamento adotado por esses programas de métodos, em função apenas de sua alta eficácia contraceptiva. Ao desestimularem o uso de contraceptivos que interferem na relação sexual mas que, ao mesmo tempo, promovem a negociação sexual e a divisão da responsabilidade pelo evitar filhos entre os parceiros sexuais, como é o caso dos métodos de barreira, esses programas acabaram por introduzir uma cultura contraceptiva, que se mostra hoje extremamente perversa do ponto de vista das mudanças de comportamento sexual exigidas pela epidemia de AIDS.

A emergência da epidemia do HIV/AIDS remete portanto para a necessidade de repensar os programas verticalizados, quer sejam relacionados ao planejamento familiar, à prevenção do câncer cérvico-uterino e das DSTs/AIDS ou, ainda, ao pré-natal. Ela exige uma efetiva

integração dessas atividades que tenha como concepção básica a preservação da saúde e dos direitos sexuais.

## AIDS E SAÚDE REPRODUTIVA: VELHAS E NOVAS QUESTÕES

**Regina Maria Barbosa**

A crescente progressão da AIDS entre a população feminina no Brasil, no final da década de oitenta, veio agravar de modo significativo uma situação de saúde já bastante precária, especialmente quando se consideram aspectos relacionados ao exercício da sexualidade e da reprodução.

Em um quadro relativamente caótico, onde o aumento do uso de contraceptivos convive com o recurso indiscriminado à esterilização cirúrgica e ao parto cesáreo, com a prática clandestina do aborto e os elevados índices de mortalidade materna, a epidemia da AIDS vem acrescentar novos desafios e reavivar antigos problemas de saúde. Assim, o que se configura para as mulheres brasileiras nos anos noventa é uma situação ainda mais complexa e preocupante, que manterá este segmento populacional em uma situação de extrema vulnerabilidade, se tais questões não forem enfrentadas com a seriedade e urgência devidas.

A idéia desse trabalho é portanto refletir acerca de alguns aspectos que se situam na interface da AIDS com a saúde reprodutiva, tentando apontar alguns impasses colocados.

### **O perfil da epidemia entre as mulheres.**

Um primeiro dado geral que informa sobre a progressão da epidemia entre as mulheres é a razão homem/mulher, que para o Brasil, como um todo, mudou drasticamente nos últimos anos, passando de 30/1 em 1985, para 4/1 em 1992 (PN-DST/AIDS 1994). Assim sendo, dos 55.894 casos de AIDS notificados ao sistema de vigilância da epidemia do Ministério da Saúde, até agosto de 1994, 8949 correspondem a casos femininos.

Entretanto, para se visualizar a magnitude e a gravidade da epidemia, é fundamental não perder de vista que o número de pessoas atualmente infectadas é muitas vezes maior do que aquele apresentado pelos boletins epidemiológicos. Na verdade, os casos notificados fornecem um retrato que tem por referência um momento anterior, acontecido há até 12 anos atrás, quando ocorreu a infecção.

Assim sendo, segundo Schechter (1994), uma em cada 100 mulheres estaria infectada pelo vírus da AIDS atualmente no Rio de Janeiro. Usando o software Epimodel, desenvolvido pelo Programa Global de AIDS da OMS<sup>1</sup>, estima-se que, em 1994, existam no Brasil

---

<sup>1</sup> Os parâmetros utilizados para essa estimativa foram: um período de incubação de 10 anos; uma sobrevida de 2 anos e uma subnotificação de pelo menos 20%.

aproximadamente 500.000 pessoas infectadas com mais de 15 anos, sendo 73.000 mulheres, ou seja, uma mulher infectada para cada 667 habitantes do sexo feminino.<sup>2</sup>

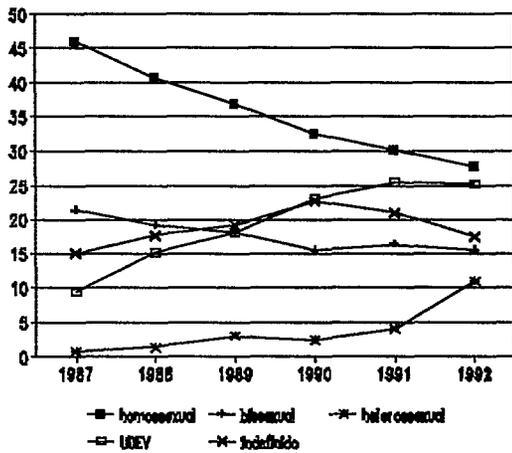
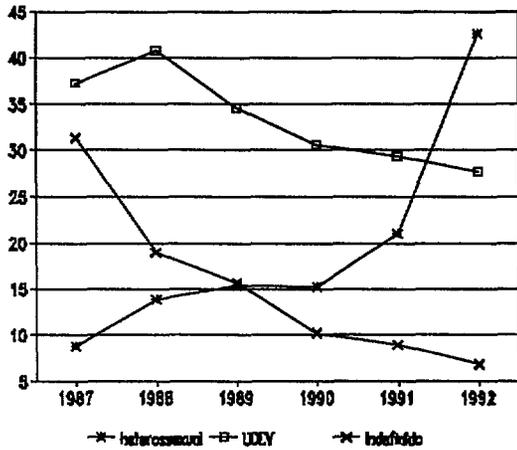
Quanto ao perfil da epidemia, a análise de suas curvas de crescimento mostra que a transmissão heterossexual do HIV vem assumindo, ao longo do tempo, importância cada vez maior entre as mulheres, enquanto a transmissão através do uso de drogas injetáveis vem proporcionalmente decrescendo de importância (Gráfico 1). Em 1993, a transmissão sexual foi responsável por 53,5% dos casos femininos notificados. Entre a população masculina, a transmissão através do uso de drogas injetáveis, ao lado, da heterossexual, são as vias que vêm assumindo importância crescente na dinâmica da epidemia. Elas foram responsáveis, respectivamente, por 22% e 17,4% dos casos nesse mesmo ano. Esse paralelismo nas curvas de crescimento indica que o aumento dos casos entre as mulheres está correlacionado à expansão, que se verifica entre os homens, dos casos ocorridos através da transmissão heterossexual e do uso de drogas endovenosas.

Esta correlação é também demonstrada em análise recente realizada para o estado de São Paulo. Focalizando apenas a transmissão sexual, Santos (1994) demonstra que, entre 1983 e 1992, 35% dos casos femininos de AIDS notificados neste estado, tiveram, como parceiros, usuários de drogas; 9,4%, homens com múltiplas parceiras; 15,4%, homens HIV+. Apenas 7% das mulheres indicaram como parceiros, bissexuais e a múltipla parceria feminina foi responsável por 14,4% dos casos notificados, indicando que a maioria das mulheres está se infectando através de parceiros que, por sua vez, se infectaram através de outras relações heterossexuais e/ou do uso de drogas injetáveis. De fato, esse estudo esclarece ainda que 45% das mulheres com AIDS, em São Paulo, têm parceiros fixos e únicos, o que coloca alguns desafios em termos das estratégias de prevenção.

---

<sup>2</sup> Considerando que a população brasileira com mais de 15 anos é constituída de 97.473.340 pessoas, teríamos algo próximo a 1 pessoa infectada por cada 194 habitantes com mais de 15 anos.

**Gráfico 1 AIDS - Tendências de transmissão dos casos femininos e masculinos, em maiores de 15 anos. Brasil, 1987-1992.**



Fonte: PN-DST/AIDS-MS, dados preliminares até agosto, 1994.

Paralelamente, é possível verificar também uma tendência crescente do número de casos de AIDS entre as mulheres com 1º grau incompleto ou analfabetas: em 1985 representavam 31% dos casos e em 1992, 67% (PN-DST/AIDS 1994b).

Do ponto de vista das categorias profissionais, parecem ser as donas de casa as mulheres mais atingidas. Esta categoria, destituída de porta-voz e que provavelmente reúne um grande

contingente de subempregadas, está relacionada a 75% da mortalidade feminina por AIDS, no município de São Paulo, entre 1991 e 1993 (CUT/INST 1994). No Rio de Janeiro, essa tendência se mantém, sendo as donas de casa e as empregadas domésticas as categorias de maior peso nesse estado (Matida 1994). Não foram publicados dados a esse respeito para o Brasil.

Em termos de distribuição etária, os casos notificados de AIDS se concentram, nos dois sexos, nas faixas de 20 a 39 anos, sendo que no município de São Paulo a AIDS já é a principal causa de morte entre mulheres de 20 a 34 anos e a segunda, entre os homens de 25 a 40 anos (CUT/INST 1994).

Assim sendo, longe de ser uma doença de "prostitutas e mulheres promíscuas", a AIDS se configura atualmente como um problema da população feminina jovem em geral, e particularmente daquela com menor poder aquisitivo e menos acesso às informações e serviços em geral.

### **Saúde Reprodutiva, Sexualidade e AIDS**

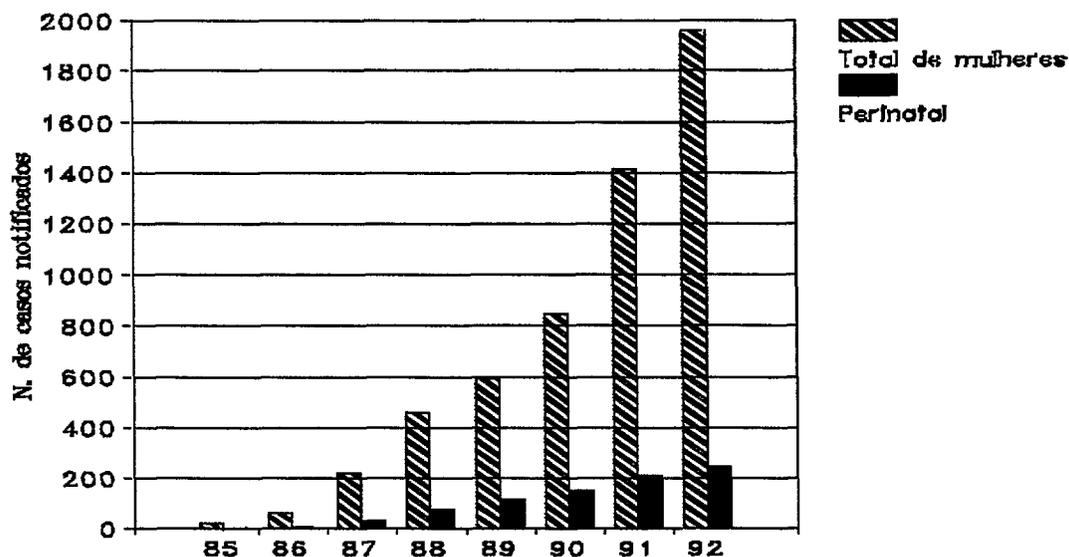
O fato da epidemia de AIDS atingir preferencialmente mulheres jovens, aliado à importância que a transmissão sexual do vírus tem na dinâmica de sua disseminação entre a população feminina, produz uma série de desafios e desdobramentos para a área da saúde reprodutiva/sexual e reaviva outros, que foram pouco enfrentados.

A prevenção e o tratamento precoce das DSTs é, certamente, um deles. A desatenção e o viés discriminatório e preconceituoso com que essa questão foi tradicionalmente tratada, se reflete tanto na percepção que os profissionais e a clientela dos serviços de saúde têm a seu respeito, como tem impedido que os poucos serviços capacitados para o seu atendimento sejam procurados pela população em geral.

Essa desatenção se reflete ainda na inexistência de um sistema de controle das DSTs, e conseqüentemente de estatísticas nacionais a esse respeito, o que, entre outras coisas, tem dificultado a compreensão de sua relação com a AIDS no Brasil. É consenso, no entanto, que a sua ocorrência aumenta tanto a vulnerabilidade para adquirir o vírus quanto a possibilidade de transmiti-lo, sendo capaz de reduzir a zero a tão enfatizada diferença na eficácia de transmissão entre os dois sexos. A alta prevalência de DSTs nos países africanos tem sido apontada como um dos fatores responsáveis pela razão homem/mulher igual a 1, se tornando fundamental portanto que esforços sejam concentrados neste campo, tanto a nível de pesquisas, como de projetos de intervenção.

A crescente expansão da transmissão vertical é sem dúvida outro desses desdobramentos, já que a maioria das mulheres atingidas se concentram nas faixas etárias correspondentes ao período reprodutivo. É possível observar, por exemplo, que o crescimento da transmissão perinatal acompanha a expansão da epidemia entre as mulheres (Gráfico 2), sendo que essa forma de infecção foi responsável, em 1992, por 86,5% dos casos notificados em menores de 15 anos.

**Gráfico 2 AIDS- Tendências de crescimento do número de casos em mulheres e por transmissão perinatal. Brasil, 1985-1992**



Fonte: PN-DST/AIDS-MS, dados preliminares até agosto, 94

À possibilidade da transmissão mãe-filho do vírus, além de suscitar diversas discussões e confrontos de natureza política e ética, entre os quais o direito à maternidade da mãe soropositiva, a ilegalidade do aborto, a testagem de rotina/compulsória no pré-natal, impõe, para seu enfrentamento, novos desafios a nível da assistência pré-natal e ao parto.

Assim, os primeiros resultados, originados pelo sistema de vigilância sentinela do HIV, divulgados pelo Programa Nacional de DSTs/AIDS, apontam para taxas de prevalência da infecção menores que 1% na maior parte das clínicas de pré-natal e maternidades cobertas por este sistema. Esses dados são coincidentes com outros dois estudos, que encontraram uma prevalência do HIV em mulheres grávidas de 0,8%, no Rio de Janeiro, e de 0,2%, em Brasília (Schechter 1994, PN-DST/AIDS 1994b). Desta forma, considerando, por exemplo, segundo Schechter, que são realizados no Rio cerca de 100.000 partos anualmente, estima-se em 800 o número de mulheres grávidas infectadas pelo vírus nesta cidade, o que, por sua vez implica na probabilidade de nascimento de 103 a 300 crianças também infectadas, que o sistema de saúde teria igualmente que absorver em 1994.

Por outro lado, a redução da transmissão vertical através da implementação de estratégias de redução do risco, tais como o uso de AZT durante a gestação e o parto, o uso de cesárea, a lavagem do canal do parto, esbarra em alguns impasses. O primeiro se refere à própria capacidade de sua incorporação pelos serviços de saúde, cronicamente deficitários.

O segundo diz respeito a dificuldades na própria identificação de gestantes soropositivas, já que a testagem de rotina, em virtude de seu alto custo, só está indicada quando a prevalência é no mínimo superior a 1% e, por outro lado, a utilização prévia de critérios de risco não tem se mostrado tão eficaz no rastreamento dos casos.

Em terceiro lugar, a própria idéia de uma testagem de rotina tem sido contestada, por se confundir, na maioria das vezes, com testagem compulsória e também pelas consequências indesejáveis que um resultado positivo poderia acarretar. Teme-se, por exemplo, que essas gestantes sejam pressionadas a realizar um aborto ou sejam compulsoriamente esterilizadas durante o parto, práticas que têm sido cada vez mais denunciadas.

Caminhando no sentido contrário, a vinculação entre reprodução, sexualidade e AIDS traz também a necessidade de se pensar estratégias que permitam a concepção livre do risco de transmissão do vírus, já que, até o momento, todos os métodos que diminuem esse risco, com exceção da mútua monogamia, impedem também a gravidez. Esse talvez seja o desafio mais inusitado da interface entre saúde reprodutiva e AIDS, na medida que o desenvolvimento de uma tecnologia que viabilize uma concepção livre de DSTs/AIDS vai na contramão da história do desenvolvimento das tecnologias contraceptivas.

Além disso, exige que a própria idéia de um serviço ou atividade de planejamento familiar seja repensada, no sentido de incorporar essa nova demanda que começa a surgir. E, dado que a disponibilidade no mercado de um virucida não espermicida não se configura a curto prazo, estratégias alternativas para lidar com essa realidade deverão ser pensadas. Perguntas como "O que eu devo fazer quando eu quiser engravidar?" "Se o teste for negativo, eu posso engravidar sem risco?", já constituem uma demanda por informação nos serviços de saúde e não poderão ficar sem resposta.

Na verdade, os questionamentos trazidos pela epidemia de AIDS colocam em xeque toda a concepção de planejamento familiar enquanto um programa verticalizado, que privilegia basicamente a eficácia dos métodos de contracepção em detrimento da saúde da usuária. Ao desestimularem o uso de contraceptivos que interferem na relação sexual mas que, ao mesmo tempo, promovem a negociação sexual e a divisão da responsabilidade pelo evitar filhos entre os parceiros sexuais, como é o caso dos métodos de barreira, esses programas acabaram por introduzir uma cultura contraceptiva, que se mostra hoje extremamente perversa do ponto de vista das mudanças de comportamento sexual exigidas pela epidemia de AIDS.

Sem dúvida, esses programas foram tão eficazes porque não só encontraram, como se ancoraram em uma cultura sexual machista, extremamente propícia ao uso de métodos de alta eficácia e sob o controle feminino, como é o caso do anticoncepcional oral e da esterilização.

É verdade que o uso de tais métodos possibilitou que milhares de mulheres, ao diminuir o número de filhos, pudessem ingressar no mercado de trabalho, assim como permitiu o exercício da sexualidade sem o fantasma de uma gravidez indesejada. Entretanto, ao se ancorar nessa cultura sexual, reforçou, ou pelo menos deixou intocada, uma série de valores e comportamentos

que interferem negativamente no processo de negociação de práticas sexuais mais seguras, como é o caso do uso do condom e do sexo não penetrativo.

Com relação à esterilização, por exemplo, que, ao lado do anticoncepcional oral, é o método mais usado no Brasil, vários estudos têm mostrado que o uso de condom por mulheres laqueadas é muito mais difícil, mesmo quando um dos parceiros é portador do vírus (CDC 1992a, CDC 1992b). Em recente pesquisa, realizada em São Paulo, foi possível observar que não só o uso consistente, mas qualquer uso de condom só existe dentro de um contexto de contracepção. O uso de condom, nos 30 dias que antecederam a entrevista, entre as mulheres não esterilizadas, foi de 17,1% e, de 0%, entre as esterilizadas (Barbosa 1994).

Por outro lado, no campo da vivência da sexualidade, algumas diferenças foram constatadas entre os dois grupos, que atestam essa relação entre cultura sexual e cultura contraceptiva anteriormente mencionada. Embora a penetração vaginal seja igualmente (e muito) importante, em termos de frequência, para os dois grupos, as mulheres esterilizadas tendem a ter uma atitude sexual mais passiva - expressa na preferência pela iniciativa sexual exclusivamente masculina - como também seu repertório sexual é menos diversificado, levando a supor que talvez estas mulheres apresentem dificuldades específicas para a negociação sexual. A maior aderência a posturas de gênero mais tradicionais também encontrada entre essas mulheres constitui provavelmente mais um fator que dificultaria a negociação na esfera sexual.

Além disso, a esterilização cirúrgica é muito frequente entre mulheres casadas e com níveis de escolaridade mais baixos, perfil que coincide com os grupos populacionais mais atingidos pela epidemia do HIV/AIDS. Isto se torna preocupante, pois ratifica a idéia de que as mulheres que se esterilizam - pela falta de uma política adequada de oferta de serviços na área da saúde reprodutiva e pela dificuldade em compartilhar com o parceiro a contracepção e a criação dos filhos - são as mesmas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade ao HIV e, fundamentalmente, pelas mesmas razões.

Assim como é fundamental que o planejamento familiar repense seus pressupostos e comece a estimular de fato o uso de métodos de barreira, e em especial o condom, é necessário repensar as pesquisas e as políticas de desenvolvimento das tecnologias contraceptivas, no sentido de promover métodos eficazes e que ao mesmo tempo previnam as DSTs/AIDS. Daqui para a frente, cada vez mais será difícil pensar em prevenção de gravidez totalmente desvinculada da prevenção das DSTs/AIDS, já que a proposta de utilização de dois métodos para garantir uma sexualidade mais segura não tem se mostrado viável (Barbosa 1994).

Finalmente, a emergência da epidemia do HIV/AIDS remete para a necessidade de repensar os programas verticalizados, quer sejam relacionados ao planejamento familiar, à prevenção do câncer cérvico-uterino e das DSTs/AIDS ou, ainda, ao pré-natal. A realidade, por exemplo, que vincula o planejamento familiar à uma demanda feminina e os serviços de DSTs à uma demanda

masculina, só será desfeita a partir de uma efetiva integração dessas atividades que, ao atender homens e mulheres, possa ter como concepção básica a preservação da saúde e dos direitos sexuais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral E. (1993) Estudo de prevalência das infecções por vírus HIV e *Treponema Pallidum* e sua associação com fatores sociodemográficos em parturientes de Campinas. Tese de mestrado apresentada ao Depto de Ginecologia, FCM-UNICAMP, Campinas.

Andrade KG. (1994) Nas raízes do silêncio: um estudo sobre a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. Dissertação de mestrado apresentada ao Depto de Psicologia/PUC, Rio de Janeiro.

Ávila MBM, Barbosa R. (1985) Contracepção: mulheres e instituições. Relatório final de pesquisa. SOS-Corpo, Recife.

Barbosa RM, Villela WV. (1994) Comportamento sexual e reprodutivo entre mulheres na cidade de São Paulo: relatório de pesquisa. Instituto de Saúde -SES São Paulo/Programa de Reprodução Humana-OMS/Fogarty Program-NIH, São Paulo, mimeo.

Barbosa R. (1994) Feminismo e AIDS. Texto apresentado no Seminário AIDS, Saúde Reprodutiva e Políticas Públicas. Rio de Janeiro, mimeo.

Berquó E. (1993) Brasil, um caso exemplar. Estudos Feministas. Vol 1, n.2: 366-381.

Costa JF. (1994) Construção da linguagem das sensações e sentimentos sexuais privados entre adolescentes. Relatório final de pesquisa. IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

CDC.a (1992) HIV-risk behaviors of sterilized and nonsterilized women in drug-treatment programs-Philadelphia, 1989-1991. MMWR 41:149-152.

CDC.b (1992) Surgical sterilization among women and use of condoms, Baltimore, 1989-1990. MMWR 41:568-575.

CUT/INST-Comissão Nacional de AIDS (1994) AIDS: Epidemia e Prevenção.

European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV (1992) Comparision of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. B.M.J. (304):809-813.

- Gagnon J, et al. (1994) Sex in America. University of Chicago Press, Chicago.
- Guimarães CD. (1994) "Mais eu conheço ele": um método de prevenção do HIV/AIDS. Texto apresentado na XIX Reunião da ABA, mimeo. março.
- Heilborn ML. (1994) De que gênero estamos falando? Sexualidade, Gênero e Sociedade. n.2, dezembro.
- Hughes V. (1994) HIV and cervical cancer. Monografia de mestrado apresentado ao Epidemiology Program, University of California, Berkeley.
- Lago T, et al. (1994) Aceitabilidade do diafragma entre mulheres de baixa renda em São Paulo. relatório final.
- Matida AH, et al. (1994) AIDS no estado do Rio de Janeiro: A vulnerabilidade da Mulher à Epidemia. mimeo.
- PN-DST/AIDS-MS(b). (1994) Boletim Epidemiológico AIDS, ano VII, agosto.
- PN-DST/AIDS-MS(a). (1994) Informativo especial Mulher e AIDS.
- Opas OMS. (1990) Relatório da Reunião Internacional sobre AIDS Materno-infantil na região das Américas. São Paulo. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria da Saúde de São Paulo. 31 de julho a 3 de agosto.
- Parker R. (1991) Corpos, Prazeres e Paixões. São Paulo: Best-seller.
- Parker R, et al. (1994) (a) Práticas Sexuais e Conscientização sobre AIDS: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual. Relatório final de pesquisa. IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Sanchez K, et al. (1994) The effect of AIDS on mortality in Rio de Janeiro. X Conferência Internacional de AIDS, Yokohama, agosto.
- Santos N, et al. (1994) Heterosexual transmission of HIV in women in São Paulo. X Conferência Internacional de AIDS, Yokohama, agosto.
- Schechter M. (1994) Mal ataca 8 em cada mil gestantes. Radis. Sumula 42.
- Tess B. (1994) Vertical transmission risk of HIV-1 in Brazil: the impact of low loss to follow-up. X Conferência Internacional de AIDS, Yokohama, agosto.

Verissimo J. (1994) The psychic mechanisms in HIV-positive women that favored contamination. X Conferência Internacional de AIDS, Yokohama, agosto.

Vilella WV, Barbosa RM. (1994) Repensando as relações entre sexualidade e gênero. Texto apresentado no Seminário Sexualidades Brasileiras, IMS/UERJ, Rio de Janeiro, mimeo. dezembro.

Volochko A. (1992) Mortalidade de mulheres com ênfase na mortalidade materna. Faculdade de Saúde Pública/USP. Dissertação de Mestrado. São Paulo.

Wofsy CB. (1992) Therapeutic issues in women with HIV in *The Medical Management of AIDS*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

Zierler S, et al. (1991) Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health* 81(5): 572-575, maio.

**MATERNIDADE E TRABALHO FEMININO:  
SINALIZANDO TENDÊNCIAS**

**Cristina Bruschini**

## RESUMO

Tomando como ponto de partida a especificidade do trabalho feminino, que decorre do papel ocupado pelas mulheres na reprodução, o texto tem como tema central a relação entre a queda da fecundidade e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, fenômenos que vem ocorrendo com grande intensidade no país desde os anos setenta.

Na primeira parte, são feitas algumas considerações sobre a articulação entre a atividade econômica das mulheres e a família, lembrando que as posições desiguais ocupadas por indivíduos de um e outro gênero têm conseqüências diferenciais em sua participação no mercado de trabalho. A disponibilidade das mulheres para o trabalho não depende apenas de sua qualificação e das oportunidades oferecidas pelo mercado - como ocorre com os homens - mas também de características pessoais e familiares, entre as quais a maternidade ocupa lugar de destaque, em virtude da constante necessidade de conciliar responsabilidades.

Na segunda parte do texto, uma análise do comportamento do trabalho feminino nas últimas décadas, no país e nas regiões Nordeste e Sudeste, revela que, apesar das dificuldades encontradas, as mulheres têm ingressado e permanecido no mercado de trabalho. O aumento da atividade feminina tem ocorrido sobretudo na zona urbana e no segmento formalizado do mercado, em ocupações de nível médio, principalmente na administração pública, no comércio e em atividades administrativas. O aumento da atividade feminina - que passou de 18,2% em 1970 para 39,2% em 1990 - pode ser explicado por fatores econômicos, culturais e demográficos, como a expansão do emprego no setor terciário, as transformações nos valores relativos aos papéis das mulheres, a expansão da escolaridade feminina e a intensa queda da fecundidade, que reduziu o número de filhos por mulher, liberando-a para o trabalho.

Incidindo sobretudo sobre os fatores pessoais e familiares que afetam o trabalho feminino, o texto dá especial destaque à maternidade. Mostra que a presença e a idade dos filhos são os fatores que mais interferem na participação feminina no mercado de trabalho, porque as mães ainda são as principais responsáveis pelos cuidados com as crianças pequenas. Em 1980, 39% das brasileiras sem filhos trabalhavam, mas esse número caía para menos de 30% entre as mães. Porém, quando os filhos crescem e as mães podem ser substituídas ou ajudadas pela escola, sua disponibilidade para o trabalho volta a aumentar. Cerca de 41% das mães de filhos maiores de 7 anos trabalhavam em 1980, superando a atividade das que não eram mães.

Importantes alterações ocorridas no perfil da força de trabalho feminina brasileira. Nas últimas décadas, no entanto - como o ingresso das casadas e das mães nos anos setenta e das mulheres mais velhas e que ocupam na família a posição de esposa nos anos oitenta - indicam que, apesar das dificuldades, as responsabilidades familiares não têm sido um obstáculo ao trabalho feminino. Em 1990, 54,7% das mulheres de 30 a 39 anos e 37,6% das cônjuges trabalhavam no país, alterando a força de trabalho feminina, antes composta majoritariamente por mulheres mais jovens e solteiras.

Os dados também indicam que o aumento da participação econômica das esposas e das mães

parece ter sido provocado, além de fatores econômicos, por profundas transformações no papel das mulheres na sociedade, uma vez que foram as mais escolarizadas e das camadas médias as que passaram a trabalhar.

A partir das informações apresentadas, o texto sugere que o crescimento do trabalho feminino poderia ser atribuído muito mais a um grande aumento do valor do trabalho remunerado da mulher, fruto de um intenso processo de modernização e de mudança cultural observados no Brasil a partir dos anos setenta, do que a uma eliminação da incompatibilidade entre as responsabilidades familiares e a atividade econômica feminina. Pois as dificuldades continuam a existir, principalmente para as que têm filhos pequenos. De um lado, alternativas de cuidados substitutivos, como as creches, ainda são escassas, de outro, pouca coisa mudou na vida cotidiana familiar e não houve diminuição dos deveres femininos na reprodução.

Contudo, apesar dos custos físicos e emocionais, as mulheres não querem abrir mão do que consideram uma conquista. Ter uma atividade remunerada pode significar maior autonomia e poder de decisão, inclusive sobre sua vida reprodutiva, o que as leva a buscar formas alternativas de conciliar a maternidade e o trabalho - como o trabalho informal, em tempo parcial, domiciliar, ou em empresas que oferecem algum apoio a funcionárias que têm filhos pequenos, como berçários e horários flexíveis - ao invés de se retirar dela.

## **MATERNIDADE E TRABALHO FEMININO: SINALIZANDO TENDÊNCIAS**

**Cristina Bruschini**

A análise das formas de inserção das trabalhadoras no mercado de trabalho deve necessariamente levar em conta a especificidade do trabalho feminino, que decorre do papel ocupado pelas mulheres na reprodução. Neste texto, cujo tema central é a relação entre a queda da fecundidade e o aumento do trabalho feminino, ambos fenômenos que vêm ocorrendo com grande intensidade no país desde os anos setenta, são feitas inicialmente algumas considerações sobre a articulação entre a atividade econômica das mulheres e a família. A seguir, uma análise do comportamento do trabalho feminino nas últimas décadas incide principalmente sobre dados indicativos da situação familiar das trabalhadoras e permite sinalizar, para os próximos anos, novas tendências nesta relação entre trabalho da mulher e família.

### **Trabalho feminino e família: uma articulação necessária**

As relações de gênero assimétricas e hierárquicas que predominam nas sociedades ocidentais como a brasileira se expressam em posições desiguais ocupadas pelos indivíduos de um e outro sexo, tanto na esfera da produção quanto no âmbito privado das relações familiares. Apesar de algumas transformações, pode-se afirmar que, ainda hoje, destinam-se às mulheres sobretudo as atividades reprodutivas e os cuidados com a casa e os membros da família, enquanto aos homens cabe o papel de provedor desse grupo. Esta definição social dos papéis masculinos e femininos no âmbito da família tem conseqüências diferenciais sobre um e outro sexo, em sua participação no mercado de trabalho.

A participação dos homens em atividades economicamente produtivas, em determinada conjuntura econômica, decorre das oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho e das credenciais de escolaridade e qualificação das quais eles dispõem e com as quais se oferecem ao mercado. Fatores familiares e domésticos pouco interferem na determinação do trabalho masculino, da mesma forma que o trabalho produtivo é parte inerente e inquestionável da identidade masculina, construída em torno desse papel provedor do homem.

Com as mulheres ocorre o contrário. A manutenção de um modelo de família segundo o qual cabem a elas as responsabilidades domésticas e socializadoras, bem como a persistência de uma identidade construída em torno do mundo doméstico, condicionam a participação da mulher no mercado de trabalho a outros fatores além daqueles que se referem à sua qualificação e à oferta de emprego, como no caso dos homens. A constante necessidade de articular papéis familiares e profissionais limita a disponibilidade das mulheres para o trabalho, que depende de uma complexa combinação de características pessoais e familiares. O estado conjugal e a presença de filhos, associados à idade e à escolaridade da trabalhadora, as características do grupo familiar, como o ciclo de vida e a estrutura familiar, são fatores que estão sempre presentes na decisão das mulheres de ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, embora a necessidade econômica e a existência de emprego tenham papel fundamental. A atividade econômica exercida

pelas mulheres não depende, portanto, apenas da demanda do mercado e das suas necessidades e qualificações para atendê-la, mas decorre também de uma articulação complexa, e em permanente transformação, dos fatores acima mencionados.

No entanto, além destes determinantes ao seu trabalho - qualificação, oferta de emprego, necessidade econômica e inserção na família - as mulheres defrontam-se também com determinadas características presentes em mercados de trabalho diferenciados, que são ou não favoráveis à conciliação entre as responsabilidades familiares e profissionais. Atividades formalizadas, que requerem maior deslocamento de casa para o trabalho e contam com horários rigidamente demarcados, são de conciliação mais difícil, ao contrário das atividades informais, rurais ou domiciliares, que favorecem a atenção concomitante à casa e à família. Em contrapartida, no primeiro caso encontra-se, via de regra, o trabalho mais bem remunerado, que garante à trabalhadora benefícios previstos na legislação. Enquanto isso, nas atividades não formais, embora a conciliação de papéis seja mais fácil e prevaleça a autonomia no uso do tempo, os rendimentos são inferiores e a instabilidade é acompanhada pela inexistência de garantias trabalhistas.

Estas condições diferenciadas por gênero são apropriadas pelo mercado de trabalho, favorecendo a ocorrência de mecanismos discriminadores em relação às mulheres, que se expressam tanto no acesso ao trabalho, quanto na permanência, na promoção e nos níveis de remuneração. Um leque mais estreito de oportunidades de trabalho, barreiras no acesso a cargos de comando e chefia, desigualdades salariais em relação aos colegas, são alguns dos obstáculos constantemente enfrentados pelas trabalhadoras.

Contudo, apesar das dificuldades encontradas e das sucessivas crises econômicas que vêm assolando o país, as mulheres entram e permanecem cada vez mais no mercado de trabalho. E, embora cerca de metade das trabalhadoras ainda esteja engajada em atividades pouco rentáveis da chamada economia informal, o aumento da atividade feminina vem ocorrendo sobretudo no segmento formalizado do mercado, em ocupações de nível médio de qualificação, rendimentos relativamente mais compensadores e com benefícios trabalhistas ampliados pela Constituição de 1988. Segundo dados referentes aos anos oitenta, as mulheres, que ocupavam apenas 29,7% dos empregos formais em 1980, chegam a ocupar 33,9% dos 23,6 milhões de postos de trabalho registrados pela RAIS<sup>1</sup> em 1988 graças, sobretudo, à expansão do emprego feminino na administração pública, no comércio e em atividades administrativas (Bruschini 1994a,1994b).

---

<sup>1</sup> Relação Anual de Informações Sociais, Ministério do Trabalho.

## O aumento da população economicamente ativa feminina nas últimas décadas

De fato, o crescimento da participação feminina no mercado de trabalho brasileiro vem sendo cada vez mais intenso e diversificado desde os anos setenta e não mostra nenhuma tendência a retroceder, apesar das crises econômicas que assolaram o país a partir dos anos oitenta. Em 1990, o número de trabalhadoras brasileiras atinge a cifra de mais de 22,9 milhões, 18 dos quais concentrados na zona urbana. Embora este expressivo contingente de trabalhadoras não chegue a constituir 40% do conjunto da força de trabalho brasileira, as taxas femininas de atividade têm revelado constante ampliação. Se, em 1970, apenas 18,2% das brasileiras de mais de 10 anos de idade eram economicamente ativas (Bruschini 1989) vinte anos depois a taxa de atividade feminina atingia 39,2% no país. Só na década de oitenta o crescimento relativo da força de trabalho feminina foi da ordem de 54%. Ainda que a atividade das mulheres tenha crescido também no campo, onde sua taxa nacional de atividade alcança 36% em 1990, o incremento foi muito mais significativo na zona urbana, graças à incorporação de quase 7 milhões de novas trabalhadoras, representando um crescimento relativo da ordem de 59,7% na década de 80. Uma rápida comparação entre algumas regiões do país, por outro lado, revela o intenso crescimento relativo do volume de trabalhadoras urbanas no Nordeste - quase 70% - enquanto na região Sudeste o aumento percentual de trabalhadoras foi semelhante no campo e nas cidades (Tabela 1).

Os estudos sobre o trabalho feminino têm demonstrado que este contingente de mulheres que tem ingressado no mercado de trabalho brasileiro é formado sobretudo por representantes das camadas médias e escolarizadas da população. Este novo padrão de comportamento feminino, que vem sendo forjado desde os anos 70, poderia ser explicado por uma combinação de fatores culturais, demográficos e econômicos. Do ponto de vista da demanda do mercado, a expansão da economia, a crescente urbanização e o ritmo acelerado da industrialização configuraram, nos anos setenta, um momento de grande crescimento econômico, favorável à incorporação de novos trabalhadores, inclusive os do sexo feminino. Já nos anos oitenta, marcados pela recessão e desemprego, a concentração das trabalhadoras em guetos ocupacionais que se expandiram apesar das crises econômicas, poderia explicar a persistência da atividade feminina. As análises mais recentes sobre o comportamento do mercado de trabalho brasileiro nesse período (Pacheco 1992, Lacerda e Cacciamali 1992, Oliveira Porcaro e Jorge, 1994) revelam a ocorrência de um intenso processo de terciarização da economia brasileira, que provocou a expansão de atividades econômicas nas quais as mulheres sempre encontraram maior espaço de inserção, de certa forma protegendo-as de serem expulsas devido à crise. Estariam nesse caso ocupações na prestação de serviços, no comércio, atividades administrativas e sociais e, principalmente, o emprego público que teve um significativo crescimento entre as mulheres, principalmente no Nordeste (Spindel 1987, Bruschini 1994a, 1994b).

Do ponto de vista da oferta de trabalhadoras, profundas transformações nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificadas pelo impacto dos movimentos feministas desde os anos setenta e pela presença feminina cada vez mais atuante nos espaços públicos, constituem mecanismos facilitadores, alterando a constituição da identidade feminina, cada vez mais voltada para o trabalho produtivo. A expansão da escolaridade e o

acesso das mulheres às universidades são aspectos fundamentais deste amplo processo de transformação. Mas a rapidez e a intensidade da queda da fecundidade, uma das mais profundas transformações demográficas ocorridas no país a partir dos anos 70, também desempenhou papel fundamental na ampliação da atividade feminina, ao reduzir o número de filhos por mulher, liberando-a para o trabalho.

### **A queda da fecundidade e o trabalho feminino**

Após longa trajetória de estabilidade em níveis relativamente altos, tem início no Brasil, na década de 70, um consistente declínio das taxas de fecundidade, em todas as regiões do país e inclusive em suas áreas rurais. Em 1984, as taxas nacionais eram de 3,53 filhos, com grandes variações regionais (2,96 filhos no Sudeste, 4,96 no Nordeste) e segundo o domicílio, rural (5,32 filhos) ou urbano (3,03). Apesar das diferenças, a tendência ao declínio foi geral e constante, de tal forma que, enquanto nos anos setenta ela ocorria sobretudo nas regiões mais desenvolvidas e nas camadas sociais médias e ricas, nos primeiros anos da década de 80 passa a atingir os grupos mais pobres e as regiões menos desenvolvidas do país, como o Nordeste, onde a queda da fecundidade foi intensa e em curto espaço de tempo (FIBGE 1988).

Fatores econômicos, sociais e culturais - entre os quais se poderia situar a maior escolaridade das mulheres e seu acesso ao trabalho remunerado - poderiam em parte explicar essa intensa transformação na dinâmica demográfica. Mas a queda da fecundidade teria sido provocada também, e mais diretamente, por variáveis inibidoras, entre as quais os estudiosos do tema mencionam o conhecimento e o uso de anticoncepcionais, a incidência do aborto e a atuação de entidades dedicadas ao controle explícito da natalidade, principalmente nas regiões menos desenvolvidas do país, cujo exemplo mais contundente é o da esterilização de mulheres no Nordeste (FIBGE 1988).

A relação entre a fecundidade e o trabalho feminino não ocorre em uma só direção. De um lado, é bastante conhecida a associação entre posição sócio-econômica e níveis de fecundidade. Os grupos sociais mais pobres e menos instruídos apresentam taxas de fecundidade mais elevadas, enquanto o inverso ocorre entre os segmentos mais escolarizados e de renda mais elevada. Segundo dados da PNAD,<sup>2</sup> as brasileiras mais pobres, em 1984, tinham em média 5 a 6 filhos, enquanto as mais ricas não ultrapassavam 2 ou 3. Da mesma forma, enquanto as mulheres não instruídas ou com baixo nível de escolaridade tinham de 4 a 5,5 filhos, as mais instruídas passavam a ter de 2 a 3 (Tabela 1, p. 59, FIBGE 1988).

Por outro lado, são as mulheres mais escolarizadas aquelas cuja presença é mais acentuada no mercado de trabalho, porque podem ter atividades mais gratificantes e bem remuneradas, que compensam os gastos com a infra-estrutura doméstica necessária para suprir sua saída do lar. A associação entre a escolaridade e a participação das mulheres no mercado de trabalho, que já fora constatada para os anos setenta (Miranda 1975, Rosemberg 1982) intensifica-se de tal modo na

---

<sup>2</sup> Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

década seguinte que, em 1990, cerca de 64% das mulheres com 9 anos ou mais de estudo trabalhavam fora enquanto, no mesmo ano, a taxa de atividade das que não tinham instrução era de 28% e a atividade feminina global não ultrapassava 39,2% (Bruschini 1994a,1994b). A associação entre a escolaridade e o trabalho feminino é tão intensa que quase elimina possíveis obstáculos à atividade econômica da mulher fora do lar, decorrentes de seu estado conjugal: em 1980, entre aquelas que tinham de 1 a 4 anos de instrução, 28% das solteiras e 17% das casadas trabalhavam. Essa diferença, no entanto, diminuía sensivelmente entre as mais instruídas: no grupo das mulheres com mais de doze anos de estudo, as taxas de atividade, além de muito mais elevadas, eram semelhantes entre as casadas e as solteiras, respectivamente 69% e 74,4% (Bruschini 1989).

Uma intensa combinação de fatores estaria, portanto, levando mulheres mais instruídas, de nível sócio-econômico mais elevado e economicamente ativas, a ter um número menor de filhos. Por outro lado, a presença e o número de filhos, assim como sua idade, também têm efeitos significativos na disponibilidade das mulheres para a atividade econômica. Apesar das dificuldades, no entanto, elas estão ingressando cada vez mais no mercado de trabalho e permanecendo nele, mesmo quando são mães. O que estaria mudando?

### **Possíveis indagações sobre a relação entre maternidade e trabalho feminino nas últimas décadas e tendências futuras**

A ausência de dados atualizados sobre a atividade econômica da mulher associada à sua fecundidade inviabiliza uma análise mais precisa sobre o tema, exigindo que se trabalhe apenas com hipóteses, baseadas em estatísticas referentes aos anos oitenta e, até mesmo, em alguns casos, aos anos 70.<sup>3</sup>

Análises realizadas com base em dados das PNADs de 81 e 90 revelam a ocorrência de

---

<sup>3</sup> A busca de informações a partir de um referencial teórico de gênero tem revelado que nem sempre as informações essenciais para o conhecimento da condição feminina são publicadas ou sequer levantadas. No caso da atividade econômica das mulheres segundo sua condição da maternidade, as informações são coletadas nos recenseamentos demográficos, mas não nas Pesquisas Nacionais por Amostras de Domicílio. O excessivo atraso no processamento de informações sobre mão-de-obra do Censo de 91 introduz um obstáculo adicional ao estudo do tema. Essas dificuldades deverão ser contornadas a partir da publicação desses resultados, bem como os da PNAD de 92, que inclui quesitos sobre nupcialidade e fecundidade que não costumavam estar presentes nos levantamentos anuais regulares e que, uma vez analisados em relação à atividade econômica das mulheres, possibilitarão alguns avanços. É de se lamentar também o fato de que os levantamentos especiais das PNADs realizados em 1984 - sobre fecundidade - e 1986 - sobre anticoncepção - não estivessem atentos à importância da associação entre fecundidade e trabalho feminino. O exame dos dados publicados mostrou a existência de apenas duas tabelas relacionando ambas as variáveis, somente no levantamento de 1986 e mesmo assim uma delas analisando apenas a atividade das esterilizadas. A mesma desatenção para com a relação entre maternidade e trabalho feminino pode ser constatada na literatura sobre o tema, sobre o qual poucos estudos mais abrangentes se detêm. Se os que versam sobre planejamento familiar e saúde da mulher parecem estar pouco atentos ao tema do trabalho feminino, os analistas deste último enfrentam a escassez de dados, no plano quantitativo, ou analisam a relação de uma perspectiva mais micro-social, em estudos qualitativos da antropologia ou psicologia.

importantes alterações no perfil da força de trabalho feminina nos anos oitenta, as quais poderão oferecer alguns elementos para levantar hipóteses sobre a relação entre fecundidade e trabalho feminino. De modo geral, é possível afirmar que cada vez mais entram no mercado de trabalho brasileiro mulheres mais maduras quanto à idade, escolarizadas, e que ocupam em suas famílias o papel de esposa, embora não se possa também afirmar que sejam mães, uma vez que esta informação não se encontra disponível para anos mais recentes.

Os dados apresentados nas tabelas a seguir colocam em evidência algumas das mais importantes mudanças nas características pessoais e familiares das trabalhadoras, que estariam ocorrendo nas duas últimas décadas e que poderiam indicar que uma nova relação estaria se estabelecendo entre as mulheres, o trabalho e a família.

No que diz respeito à idade, é possível constatar que a participação econômica das trabalhadoras, ao contrário do que ocorre com a de seus colegas, apresenta maior intensidade na faixa dos 20 aos 24 anos, após a qual haveria um certo refluxo, coincidindo com a assunção de responsabilidades familiares (Tabela 2). No entanto, na década de 80, esta tendência se altera, pois a atividade feminina continua a ser elevada nas faixas etárias subsequentes, atingindo o pico dos 30 aos 39 anos, quando mais da metade das brasileiras trabalha, o que constitui uma mudança bastante significativa no perfil da força de trabalho feminina. Wajzman e Rios-Neto (1994), em análise realizada com tabulações especiais das PNADs dos anos 80, comentam que esta rápida e impressionante mudança no perfil etário da PEA feminina teria ocorrido nos cinco últimos anos da década, aproximando o Brasil de padrões de participação feminina semelhantes aos de países desenvolvidos e altamente industrializados.

As diferenças regionais, contudo, são marcantes. Enquanto o Nordeste segue o padrão brasileiro de participação feminina segundo a idade, no Sudeste, região mais desenvolvida do país, o pico da atividade feminina continua a ser a faixa dos 20 aos 24 anos, com declínio relativo na faixa posterior. Uma possível explicação para esse diferencial etário entre as trabalhadoras de uma e outra região poderia ser buscado nas estruturas regionais dos mercados de trabalho, mais ou menos favoráveis à incorporação de trabalhadoras com responsabilidades familiares. Ao contrário do que acontece com os trabalhadores, a absorção das mulheres em diferentes setores de atividade econômica é afetada por seu estado conjugal. Enquanto a indústria emprega, preferencialmente, jovens e solteiras, outros setores como serviços, atividade sociais e administração pública tendem a favorecer o emprego de casadas e mais velhas (Bruschini 1989). É possível que o peso diferencial de cada um desses setores nas regiões examinadas seja responsável pela maior absorção de jovens no Sudeste e mais velhas no Nordeste.

A tendência de ampliação da atividade das mulheres mais maduras na década de 80 encontra eco no considerável aumento do ingresso das cônjuges no mercado de trabalho: enquanto 20% delas eram ativas em 1980, 37,6% passaram a sê-lo em 1990 (Tabela 3) sugerindo que atualmente são as casadas e mais velhas as mulheres que se dispõem a enfrentar dificuldades próprias à conciliação entre responsabilidades profissionais e familiares para se dedicar a uma atividade econômica de mercado. Segundo Sedlacek e Santos (1991) que analisaram tabulações especiais das PNADs, houve, no período 83 a 88, um acréscimo de cerca de 1,9 milhões de cônjuges na

força de trabalho brasileira. Este aumento, da ordem de 5,3%, representou, segundo eles, uma das mais importantes mudanças estruturais no mercado de trabalho nacional.

Embora muitos trabalhos sobre o tema (ver, por exemplo, Oliveira 1990 e Jatobá 1990) enfatizem o aumento da pobreza e da necessidade de complementação da renda familiar para explicar a ampliação da atividade econômica das esposas, é forçoso reconhecer que ela é provocada, também, por profundas transformações nos valores em relação ao papel das mulheres na sociedade, ao lado de maior acesso à escolaridade, menor número de filhos, mudanças nas relações familiares e diversificação das pautas familiares de consumo. Por outro lado, o inegável empobrecimento da classe média brasileira, nos anos oitenta, e a necessidade de arcar com custos mais elevados com a educação dos filhos e com a saúde dos familiares, devido à precariedade dos sistemas públicos de atendimento, também impulsionaram as esposas destas camadas sociais para o mercado de trabalho. De fato, dados publicados pelo IBGE revelam que a ampliação da atividade econômica das cônjuges é mais intensa nos níveis mais altos de renda, sobretudo na zona urbana. Nas cidades, 50% das cônjuges em famílias com rendimento per capita superior a 3 salários mínimos trabalham, em comparação a 23,3% daquelas que fazem parte de famílias cujos rendimentos são inferiores a  $\frac{1}{4}$  de salário (Tabela 4).

No que diz respeito ao estado civil das trabalhadoras - informação disponível apenas até o Censo de 80 - os dados mostram que, apesar de estarem em minoria na força de trabalho, as casadas praticamente dobraram sua presença no mercado na década de 70, tanto no país como nas regiões analisadas (Tabela 5). Sedlacek e Santos (1991) revelam também que, no período 83 a 88, o grupo das casadas - que, por aproximação, seriam as esposas concentradas na faixa dos 25-49 anos - apresenta taxa mais alta de aumento no mercado de trabalho do que o das filhas - que seriam as solteiras de menos de 25 anos. Segundo os autores, portanto, o padrão constatado de aumento na participação feminina na faixa dos 25-49 anos estaria associado a uma tendência de elevação da participação das casadas na PEA.

A presença de filhos, porém, é o fator que mais interfere na participação feminina no mercado de trabalho. A responsabilidade pela guarda, cuidado e educação dos filhos na família e a insuficiência de equipamentos coletivos como as creches limitam a saída da mulher para o trabalho remunerado, sobretudo se os rendimentos obtidos são insuficientes para cobrir custos com formas remuneradas de cuidado infantil. Contudo, quando a necessidade econômica é tão premente que inviabiliza o exercício da maternidade em tempo integral, como nas famílias muito pobres ou nas chefiadas por mulheres, outros arranjos como a rede de parentesco ou de vizinhança poderão ser acionados para olhar as crianças enquanto a mãe vai trabalhar.

A atividade econômica feminina costuma, por isso, declinar entre as mães: em 1990, enquanto quase 39% das brasileiras sem filhos trabalhavam fora, esse número caía para menos de 30% quando elas se tornavam mães (Tabela 6). Mas a presença de filhos tem efeitos distintos sobre o trabalho feminino na cidade ou no campo, assim como em regiões em níveis desiguais de desenvolvimento. Na zona urbana, a presença de um filho é um elemento muito mais constrangedor pelo tipo de atividade aí predominante, pouco favorável à conciliação de papéis. Na zona urbana brasileira, a taxa de atividade feminina, em 1980, caiu de 46% quando a mulher

não tem filhos, para cerca de 34% quando ela tem um filho. Na zona rural, embora as taxas de atividade sejam muito inferiores, o efeito provocado pela presença de filhos não constitui uma limitação ao trabalho da mulher, que mantém taxas muito parecidas tenha ou não filhos (Tabela 7). Efeitos semelhantes da maternidade sobre a atividade feminina podem ser constatados na comparação entre o Nordeste e São Paulo, onde o peso da economia urbano-industrial é muito mais acentuado: em 1980, enquanto a atividade das que não tinham filhos era muito mais elevada em São Paulo (49%) do que no Nordeste (quase 30%) essa diferença diminuía consideravelmente entre as mães (33% em São Paulo e 27% no Nordeste) indicando que no estado mais desenvolvido havia tanto maiores oportunidades de emprego quanto uma economia mais formalizada (Tabelas 6 e 7).

A idade dos filhos também atua intensamente na determinação do trabalho feminino. Quando eles são pequenos, as mães são as principais responsáveis por eles. Segundo Campos, Rosemberg e Ferreira (1992) em 1985, 78,4% das crianças de 0 a 6 anos das regiões metropolitanas ficavam com suas mães a maior parte do tempo e apenas 23,2% estavam freqüentando creches ou pré-escolas. Mas quando os filhos crescem e as mães podem ser substituídas ou pelo menos ajudadas pela escola, sua disponibilidade para o trabalho volta a aumentar. Cerca de 41% das mães de filhos maiores de 7 anos trabalhavam em 1980, superando a taxa de atividade das que não eram mães (Tabela 6).

O efeito da presença de filhos também varia em função dos níveis de rendimento do grupo familiar. Para as mulheres de renda mais baixa, a atividade mantém aproximadamente os mesmos níveis, caso sejam ou não mães e aumenta quando elas têm mais de um filho, revelando que a premência econômica supera os empecilhos decorrentes da maternidade. Nas faixas de renda mais elevada, as taxas de atividade são muito superiores quando a mulher não tem filhos, caem abruptamente quando ela se torna mãe e diminuem mais ainda quando tem mais de um filho. As baixas taxas de atividade entre as mais pobres, contudo, não significam que trabalhem menos. Provavelmente exercem atividades mais informais, que permanecem invisíveis nas estatísticas oficiais (Tabela 8).

Contudo, apesar das dificuldades, nos anos 70, em todas as situações examinadas, as mães de filhos de qualquer idade aumentam sua participação no mercado de trabalho. Esta ampliação é ainda mais intensa entre as de nível sócio-econômico mais elevado, fazendo supor que a pobreza não seria a única explicação para o aumento da atividade econômica das mães. Ao contrário, também aqui haveria indícios de que estariam ocorrendo transformações nas atitudes e nos valores das mulheres em relação ao trabalho remunerado (Tabelas 6, 7 e 8). Tudo leva a crer que esta tendência tenha se mantido e até mesmo se acentuado nos anos oitenta, mas não se dispõe de dados censitários mais recentes que permitam comprovar esta suposição. Na cidade de São Paulo, dados da pesquisa DIEESE/SEADE<sup>4</sup> revelam que, em 1989, 48,6% das paulistas sem filhos trabalhavam, enquanto 41,9% das mães se encontravam na mesma situação, mostrando que também no mercado de trabalho paulistano a presença de filhos é uma limitação, embora esteja

---

<sup>4</sup> Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-econômicos / Sistema Estadual de Análise de Dados.

longe de ser um obstáculo. No entanto, a associação entre a condição de maternidade e a idade da mãe evidencia etapas do ciclo vital feminino nas quais a disponibilidade para o trabalho é efetivamente menor: as taxas de atividade das mulheres que não têm filhos são muito mais elevadas dos 18 aos 39 anos, enquanto as mães trabalham menos que as outras mulheres sobretudo dos 18 aos 24 anos, faixa etária na qual os filhos ainda são pequenos e necessitam mais de seus cuidados (Tabela 9).

Wajnman e Rios-Neto (1994) acreditam que o aumento da atividade econômica das mães poderia ser atribuído ao fato de que a criação dos filhos estaria perdendo o impacto sobre a saída da mulher da força de trabalho, ou seja, a presença de filhos não mais constituiria um empecilho ao trabalho feminino. A previsão dos autores é a de que a fertilidade não deverá mais afetar, no futuro, as taxas de atividade feminina, uma vez que os valores associados a um número elevado de filhos declinaram, enquanto aqueles que se referem à participação das mulheres no mercado de trabalho tornaram-se mais fortes. A concentração da fertilidade e dos cuidados com os filhos no grupo etário dos 20 aos 29 anos, no entanto, justificaria a ocorrência de um aumento relativamente pequeno da atividade neste grupo etário. Os autores acreditam que o crescimento do trabalho da mulher casada poderia também ser atribuído muito mais a um grande aumento no valor do trabalho remunerado entre as mulheres, fruto de um intenso processo de modernização e de mudança cultural observados no Brasil a partir dos anos setenta, do que a uma eliminação da incompatibilidade entre as responsabilidades familiares e a atividade econômica feminina. Segundo eles, no entanto, ao longo do tempo essa incompatibilidade também deverá declinar, embora mantendo um pico dos 20 aos 24 anos.

Por enquanto, ao que parece, as mães ingressam cada vez mais no mercado de trabalho e não saem dele por causa dos filhos, mas não se pode afirmar que a difícil articulação entre a maternidade e o trabalho feminino tenha deixado de existir. Ao contrário, dados de 1986 indicam que a relação entre a atividade feminina e a presença de filhos ainda persiste, assim como maiores dificuldades de conciliação para as mães em mercados de trabalho mais formalizados: o percentual de mulheres que tiveram filhos é mais elevado entre as que não trabalham, sobretudo no Sudeste, região na qual se encontra o mais baixo índice de mães ativas (Tabela 10). Confirmando as hipóteses de Wajnman e Rios-Neto, a incompatibilidade entre o trabalho feminino e a maternidade é mais intensa principalmente entre as que têm menos de 30 anos. Entre as brasileiras que tinham 20 a 24 anos, 45,3% tinham tido filhos em 1986. Esse percentual, contudo, caía para 29,4% entre as economicamente ativas, mas chegava a 61,5% entre as que não trabalhavam, expressando uma relação negativa entre a maternidade e a atividade econômica que se repete na faixa etária subsequente (Tabela 11). Segundo dados do SEADE, também no Estado de São Paulo as mulheres não integradas à população economicamente ativa tinham, em 1986, fecundidade mais alta - 3,06 filhos - do que as que realizavam algum trabalho fora de casa - 2,33 filhos. Contudo, ao longo do período analisado, 1980 a 1986, as taxas das ativas sofreram um declínio menos acentuado, diminuindo as diferenças entre elas e as inativas, e indicando a adoção de padrões semelhantes de controle da fecundidade por todas as mulheres, independente de sua condição de atividade (Fundação SEADE 1994).

Outros estudos (Ardaillon 1989, Massi 1992, Di Ciommo 1990) por outro lado, comprovam, com

base em farto material de pesquisa empírica, que são inúmeras as dificuldades das mulheres que trabalham para conciliar a atividade profissional com a maternidade, sobretudo se os filhos são pequenos. Alternativas de cuidados substitutivos, como creches, empregadas domésticas, redes de parentesco etc..., razões de ordem mais psicológica ou emocional, como a culpabilização por deixar os filhos, são apenas algumas das dificuldades mencionadas por inúmeras mães entrevistadas nessas pesquisas. Contudo, as mulheres trabalham apesar dos obstáculos, preferindo buscar formas alternativas de conciliar a maternidade com a atividade econômica, ao invés de se retirar dela. O trabalho em tempo parcial (Di Ciommo 1990) a atividade domiciliar (Bruschini 1993) empregos assalariados em setores ou empresas que oferecem algum apoio às funcionárias que têm filhos pequenos, como creches e horários mais flexíveis (Bruschini 1994) são apenas algumas das inúmeras estratégias adotadas por mães que trabalham.

Por outro lado, as pesquisas mostram também que estas transformações nas vidas das mulheres não estariam sendo acompanhadas por mudanças na distribuição de papéis na família. Ao contrário, o aumento das responsabilidades femininas na produção não tem sido seguido por uma diminuição de deveres na reprodução. As mulheres trabalham cada vez mais, mas na vida cotidiana pouca coisa mudou. Na família, não houve redistribuição de papéis e os pais ainda estão pouco presentes na atenção dada aos filhos (Di Ciommo 1990). Na casa, as tarefas domésticas e os cuidados com as crianças ainda são realizados pelas mulheres. Por outro lado, ainda é muito pequena a contribuição da sociedade na garantia de equipamentos coletivos que facilitem e aliviem a sobrecarga das mulheres.

No entanto, apesar dos custos físicos e emocionais desta difícil conciliação, as mulheres não estão dispostas a abrir mão de suas conquistas. Pesquisas e outros projetos realizados com trabalhadoras de qualquer camada social sugerem que os ganhos em termos de autonomia e de poder de decisão advindos do trabalho remunerado justificam os incontáveis obstáculos a serem superados. Ter voz ativa em casa, dispor de algum dinheiro para circular no espaço urbano, são pequenas conquistas das quais até mesmo trabalhadoras pobres do informal nordestino não querem abrir mão (Sarti 1990). Ter alguma renda, mesmo pequena, pode significar a possibilidade, inclusive, de negociar a tomada de decisões sobre a própria maternidade. Segundo Goldani (1994) resultados empíricos sobre a relação entre atividade feminina e níveis de fecundidade têm reforçado a hipótese de que, quanto maior o poder econômico da mulher, maior seu poder de negociação nas relações entre o casal e de controle sobre os eventos em sua trajetória familiar, ao contrário de mulheres dedicadas exclusivamente a tarefas domésticas, que teriam pouco ou nenhum poder decisório.

Em suma, a análise da relação entre a maternidade e o trabalho feminino sugere que as mulheres continuarão a ingressar no mercado de trabalho, quaisquer que sejam as dificuldades advindas de sua condição familiar. No entanto, a explicação para esta persistência deveria ser buscada muito mais na valorização do trabalho feminino e nos novos papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade, do que na implantação de condições concretas que eliminem a relativa incompatibilidade que existe entre a maternidade e o trabalho feminino. Pois estas condições pouco se alteraram, seja no interior da família, na qual os papéis seguem sendo desigualmente distribuídos, seja na sociedade, cujos equipamentos sociais públicos e privados continuam muito

aquém das necessidades das mulheres. É por isso que qualquer política social que tenha por finalidade beneficiar as trabalhadoras deveria buscar não só a igualdade no mercado de trabalho e a proteção para as trabalhadoras que são mães, mas também criar mecanismos que viabilizem uma nova divisão de papéis na família, com todos os seus integrantes partilhando tanto as responsabilidades profissionais quanto as domésticas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardaillon D. (1989) O cotidiano de mulheres profissionais: o engodo do individualismo. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo), São Paulo: USP.

Bruschini C. (1989) Tendências da força de trabalho feminina brasileira nos anos setenta e oitenta: algumas comparações regionais. São Paulo: FCC, Textos FCC (1).

Bruschini C. (1994a) O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, n. especial/2º semestre.

Bruschini C. (1994b) Desigualdades de gênero no mercado de trabalho brasileiro. In: O trabalho no Brasil no limiar do século XXI. OIT/ABET.

Bruschini C, Ridenti S. (1993) Desvendando o oculto: família e trabalho domiciliar em São Paulo. In: Abreu AP, Sorj B. (org). Trabalho invisível - estudos sobre trabalhadores a domicílio no Brasil. Rio de Janeiro: Rio Fundo Editora.

Bruschini C, Ridenti S. (1994) Políticas de emprego e trabalho feminino: um estudo exploratório em algumas grandes empresas sediadas em São Paulo. Seminário Políticas Econômicas, Pobreza e Trabalho Feminino, Rio de Janeiro: IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, mimeo, dezembro.

Campos MM, Rosemberg F, Ferreira IM. (1992) Creches e Pré-escolas no Brasil, São Paulo: Cortez Editora, Fundação Carlos Chagas.

Di Ciommo RC. (1990) Maternidade e Atividade Profissional. (Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho), Araraquara: UNESP.

FIBGE. (1988) Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: a situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente. Rio de Janeiro: IBGE, Departamento de Estatística e Indicadores Sociais.

Fundação SEADE. (1994) A Fecundidade da Mulher Paulista. Informe Demográfico nº 25, São Paulo: SEADE.

- Goldani AM. (1994) Família, relações de gênero e fecundidade no Nordeste do Brasil. In: Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil - Pesquisa sobre saúde familiar no nordeste, 1991. Rio de Janeiro: BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/ DHS - Demographic and Health Surveys Macro International Inc., junho.
- Jatobá J. (1990) A família na força de trabalho: Brasil Metropolitano, 1978-1986. VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais ABEP, v. 2, Anais.
- Lacerda GN, Cacciamali MC. (1992) Processos de ajustamento, emprego público e diferenciações regionais dos mercados de trabalho. São Paulo em Perspectiva, v.6, n.3, jul/set, p. 70-77.
- Massi M. (1992) Vida de mulheres: cotidiano e imaginário. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Miranda GV. (1975) A educação da mulher brasileira e sua participação nas atividades econômicas em 1970. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, (15): 21-36, dezembro.
- Oliveira J, Porcaro RM, Jorge A. (1994) Mudanças no perfil de trabalho e rendimento no Brasil, mimeo.
- Oliveira J, Zuleica LC. (1990) Crisis, situación familiar y trabajo urbano. In: Aguiar, Neuma. (coord.) Mujer y Crisis. Venezuela: Nueva Sociedad/Dawn Mudar, p.55-74, 1990.
- Pacheco CA. (1992) A terceirização dos anos oitenta: de tudo um pouco. São Paulo em Perspectiva, v.6, n.3, jul/set, p. 27-38.
- Rosemberg F, et al. (1982) A educação da mulher no Brasil. São Paulo, Global.
- Sarti C, Simonette C, Bruschini C. (1990) Gênero em geração de renda. Programa UNICEF/FENAPE, São Paulo.
- Sedlacek GL, Santos EC. (1991) A mulher cônjuge no mercado de trabalho como estratégia de geração de renda familiar. Textos para discussão/nº 209/IPEA. Rio de Janeiro: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. fevereiro.
- Spindel CR. (1987) A mulher frente à crise econômica dos anos 80 (algumas reflexões com base em estatísticas oficiais). IDESP/PUC-SP, (nº 18), São Paulo.
- Wajnman S, Rios-Neto ELG. (1994) Female labor force participation in Brazil: alternatives for projecting levels and patterns. Texto para discussão nº 77/ CEDEPLAR, Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG.

## TABELA 1

### INDICADORES DE PARTICIPAÇÃO ECONÔMICA DAS MULHERES, POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO

**Brasil e Regiões, 1981 e 1990**

REGIÕES E SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO	PEA* PEA		Crescimento relativo	Taxas de Atividade		Porcentagem na PEA	
	1981	1990		1981	1990	1981	1990
	(em milhões)		%				
<b>BRASIL</b>							
<i>TOTAL</i>	14,9	22,9	54,0	32,9	39,2	31,3	35,5
<i>URBANO</i>	11,3	18,0	59,7	33,7	40,1	33,6	37,8
<i>RURAL</i>	3,6	4,9	36,1	30,6	36,0	25,7	29,0
<b>NORDESTE</b>							
<i>TOTAL</i>	3,8	6,0	56,5	29,2	36,3	29,9	34,4
<i>URBANO</i>	2,2	3,8	69,3	30,2	37,7	34,2	38,8
<i>RURAL</i>	1,6	2,2	38,2	27,8	34,1	25,3	28,7
<b>SUDESTE</b>							
<i>TOTAL</i>	7,0	10,7	52,7	33,7	39,6	31,7	36,2
<i>URBANO</i>	6,3	9,6	52,6	34,9	40,7	33,6	37,8
<i>RURAL</i>	0,7	1,1	53,9	25,7	32,0	21,5	26,4

Fonte: FIBGE, PNADs 81 e 90, Tabela 3.1.

\* População Economicamente Ativa

## TABELA 2

### TAXAS FEMININAS DE ATIVIDADE POR FAIXA ETÁRIA

Brasil e Regiões, 1981 e 1990

FAIXAS ETÁRIAS	BRASIL		NORDESTE		SUDESTE	
	1981	1990	1981	1990	1981	1990
10 a 14	12,2	10,6	11,6	12,3	10,1	8,2
15 a 19	38,5	41,4	30,2	34,1	42,5	44,8
20 a 24	45,8	52,9	38,4	44,3	49,6	58,3
25 a 29	42,9	52,7	38,6	49,3	44,2	54,6
30 a 39	42,4	54,7	40,0	53,4	42,4	53,6
40 a 49	38,4	49,5	38,9	51,0	36,8	47,1
50 a 59	27,6	34,5	29,2	39,2	25,5	31,6
60 ou mais	9,9	11,5	10,9	13,9	9,2	10,1
TOTAL	32,9	39,2	29,2	36,3	33,7	39,6

Fonte: FIBGE, PNADs 81 e 90, Tabela 3.1.

### TABELA 3

#### TAXAS FEMININAS DE ATIVIDADE, SEGUNDO A POSIÇÃO NA FAMÍLIA

Brasil, 1980 e 1990

POSIÇÃO NA FAMÍLIA	TAXAS DE ATIVIDADE	
	1980	1990
Chefes	43,3	51,2
Cônjuges	20,0	37,6
Filhos	27,3	36,2
Outros	23,3	28,1
Sem parentesco	74,9	80,0
TOTAL	26,5	39,2

Fonte: FIBGE, Censo 1980 - Família e Domicílios, Tabela 1.7,  
PNAD, 1990, Tabela 4.4.

OBS: No Censo de 80 foram consideradas apenas as pessoas com  
idade superior a 10 anos para que fosse possível a comparação  
com os dados da PNAD.

## TABELA 4

### TAXAS DE ATIVIDADE DAS CÔNJUGES, SEGUNDO A SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO E O RENDIMENTO FAMILIAR "PER CAPITA"

Brasil, 1990

CLASSES DE RENDIMENTO MENSUAL FAMILIAR "PER CAPITA" (Salário Mínimo)	TAXAS DE ATIVIDADE DAS CÔNJUGES		
	Total	Urbana	Rural
<b>TOTAL</b>	37,6	38,1	36,2
até 1/4	28,8	23,3	31,6
mais de 1/4 a 1/2	30,2	27,1	33,5
mais de 1/2 a 1	33,4	31,5	38,0
mais de 1 a 2	38,2	37,6	40,8
mais de 2 a 3	41,4	41,0	45,0
mais de 3	49,7	50,1	43,9
sem rendimento	7,2	2,6	20,6
sem declaração	47,3	49,5	39,5

Fonte: IBGE, Anuário Estatístico do Brasil 1992, Tabela 19.4.

## TABELA 5

### TAXAS FEMININAS DE ATIVIDADE, SEGUNDO O ESTADO CONJUGAL

Brasil e Regiões, 1970-1980

REGIÕES E ESTADO CONJUGAL	TAXAS DE ATIVIDADE	
	1970	1980
<i>BRASIL</i>		
<b>TOTAL</b>	20,97	30,06
- Solteiras	36,29	47,69
- Casadas	10,16	20,16
- Separadas, desquitadas, divorciadas	44,38	56,76
- Viúvas	20,89	34,59
<i>NORDESTE</i>		
<b>TOTAL</b>	18,62	25,99
- Solteiras	27,39	35,94
- Casadas	9,28	18,60
- Separadas, desquitadas, divorciadas	44,96	52,62
- Viúvas	25,19	35,08
<i>SUDESTE</i>		
<b>TOTAL</b>	23,09	32,87
- Solteiras	42,97	55,08
- Casadas	10,48	20,98
- Separadas, desquitadas, divorciadas	44,10	58,93
- Viúvas	18,04	35,93

Fonte: FIBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1993, Tabela 2.60, p. 2.69.

## TABELA 6

### TAXAS FEMININAS DE ATIVIDADE, SEGUNDO O NÚMERO E A IDADE DOS FILHOS

#### Brasil e Regiões

IDADE DO ÚLTIMO FILHO VIVO	1970			1980		
	SEM	1 FILHO	MAIS DE 1	SEM	1 FILHO	MAIS DE 1
<b>BRASIL</b>	22,7	16,7	13,3	38,8	29,5	24,1
- Sem Filhos	22,5	0,0	0,0	38,8	0,0	0,0
- Até 6 anos	0,0	13,2	11,0	0,0	26,1	20,9
- 7 a 14 anos	0,0	24,4	18,7	0,0	41,2	30,3
- 15 anos e mais	0,0	24,1	20,2	0,0	42,0	33,2
<b>SÃO PAULO</b>	28,1	18,2	13,9	49,3	33,1	26,0
- Sem Filhos	27,8	0,0	0,0	49,2	0,0	0,0
- Até 6 anos	0,0	14,0	11,0	0,0	29,1	22,1
- 7 a 14 anos	0,0	25,1	18,6	0,0	45,1	31,7
- 15 anos e mais	0,0	26,2	18,3	0,0	47,1	31,9
<b>NORDESTE</b>	19,0	16,0	14,2	29,6	27,2	23,6
- Sem Filhos	18,9	0,0	0,0	29,7	0,0	0,0
- Até 6 anos	0,0	13,2	12,3	0,0	23,7	21,4
- 7 a 14 anos	0,0	22,7	20,6	0,0	38,6	31,2
- 15 anos e mais	0,0	21,7	23,8	0,0	40,0	33,1

\* Porcentagem de trabalhadoras entre mulheres de 15 a 49 anos, que são chefes de família ou cônjuges.

Fonte: BRUSCHINI, 1989. Tabulações Especiais do Censo de 70 e 80.

## TABELA 7

### TAXAS FEMININAS DE ATIVIDADE, SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS E A SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO

#### Brasil e Regiões

REGIÕES E SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO	1970			1980		
	SEM	1 FILHO	MAIS DE 1	SEM	1 FILHO	MAIS DE 1
<b>BRASIL</b>	22,7	16,7	13,3	38,8	29,5	24,1
Urbana	30,0	20,3	16,0	46,3	33,6	27,9
Rural	11,6	10,2	9,6	16,4	16,0	16,0
<b>SÃO PAULO</b>	28,1	18,2	13,9	49,3	33,1	26,0
Urbana	31,9	20,2	15,7	51,4	34,8	27,2
Rural	8,0	6,4	6,1	22,6	15,5	16,1
<b>NORDESTE</b>	19,0	16,0	14,2	29,6	27,2	23,6
Urbana	24,7	18,9	16,9	38,6	33,2	27,8
Rural	14,5	13,6	12,2	18,8	18,5	19,3

Fonte: BRUSCHINI, 1989. Tabulações Especiais do Censo de 70 e 80.

## TABELA 8

### TAXAS FEMININAS DE ATIVIDADE SEGUNDO O NÚMERO DE FILHOS E O RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR "PER CAPITA"

#### Brasil e Regiões

REGIÕES E RENDIMENTO	1970			1980		
	SEM	1 FILHO	MAIS DE 1	SEM	1 FILHO	MAIS DE 1
<b>BRASIL</b>						
ATÉ 1 S.M.	14,8	13,2	11,9	18,6	18,8	20,2
MAIS DE 1 S.M.	45,2	31,1	25,5	55,2	38,6	30,5
<b>SÃO PAULO</b>						
ATÉ 1 S.M.	13,1	13,1	11,3	16,7	18,1	21,9
MAIS DE 1 S.M.	42,4	27,7	23,2	56,9	37,7	28,1
<b>NORDESTE</b>						
ATÉ 1 S.M.	16,6	14,8	13,7	21,8	21,4	21,7
MAIS DE 1 S.M.	47,2	33,5	27,7	53,0	44,2	34,2

Fonte: BRUSCHINI, 1989. Tabulações Especiais do Censo de 70 e 80.

## TABELA 9

### TAXAS GLOBAIS DE PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES COM E SEM FILHOS, POR IDADE, NA GRANDE SÃO PAULO, 1988-1989

PRESENÇA DE FILHOS	ANOS	TOTAL	IDADE			
			10 A 17 ANOS	18 A 24 ANOS	25 A 39 ANOS	40 ANOS E MAIS
TOTAL	1988	45,2	25,9	66,0	57,1	32,8
	1989	45,4	25,7	66,7	57,8	33,0
COM FILHOS	1988	41,4	*	33,3	47,4	36,1
	1989	41,9	*	36,2	47,2	37,0
SEM FILHOS	1988	48,8	25,8	79,0	83,1	27,5
	1989	48,6	25,7	78,8	84,3	26,6

Fonte: Pesquisa de Emprego e Desemprego na Grande São Paulo (1990). "Maternidade e Trabalho da Mulher na Grande São Paulo depois da Nova Constituição". Fundação SEADE/DIEESE, São Paulo, n. 63, Tabela 1, p. B4.

\* amostra não comporta desagregação para essa categoria.

## TABELA 10

### PORCENTAGEM DE MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE TIVERAM FILHOS, SEGUNDO A CONDIÇÃO DE ATIVIDADE

Brasil e Regiões, 1986

CONDIÇÕES DE ATIVIDADE E REGIÕES	TOTAL	%	TIVERAM FILHOS	%
<b>BRASIL</b>				
- TOTAL	37318709	100,0	23700535	63,51
<i>Ativas</i>	17328712	100,0	9727539	56,14
<i>Não-ativas</i>	19989997	100,0	13972996	67,81
<b>NORDESTE</b>				
- TOTAL	10067683	100,0	6278339	62,36
<i>Ativas</i>	4159099	100,0	2477827	59,58
<i>Não-ativas</i>	5908584	100,0	3800512	64,32
<b>SUDESTE</b>				
- TOTAL	17517384	100,0	10995129	62,77
<i>Ativas</i>	8560278	100,0	4518789	52,79
<i>Não-ativas</i>	8957106	100,0	6476340	72,30

Fonte: FIBGE, PNAD, 86. Tabela 9.

**TABELA 11****PORCENTAGEM DE MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE TIVERAM FILHOS,  
POR CONDIÇÃO DE ATIVIDADE E GRUPOS DE IDADE****Brasil, 1986**

<b>CONDIÇÃO DE ATIVIDADE E GRUPOS DE IDADE</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>	<b>QUE TIVERAM FILHOS</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	37318709	100,0	23700535	63,51
- 15 a 19 anos	7019875	100,0	787258	11,21
- 20 a 24 anos	6462277	100,0	2927877	45,31
- 25 a 29 anos	5510236	100,0	3996802	72,53
- 30 a 34 anos	4980887	100,0	4185857	84,04
- 35 a 39 anos	4308197	100,0	3814333	88,54
- 40 a 44 anos	3498484	100,0	3110257	88,90
- 45 a 54 anos	5548753	100,0	4878151	87,91
<b>ECONOMICAMENTE ATIVAS</b>	17328712	100,0	9727539	56,14
- 15 a 19 anos	2940181	100,0	247728	8,43
- 20 a 24 anos	3254725	100,0	956782	29,40
- 25 a 29 anos	2693823	100,0	1572293	58,37
- 30 a 34 anos	2486687	100,0	1903837	76,56
- 35 a 39 anos	2127221	100,0	1785342	83,93
- 40 a 44 anos	1718749	100,0	1465186	85,25
- 45 a 54 anos	2107326	100,0	1796371	85,24
<b>NÃO-ECONOMICAMENTE</b>	19989997	100,0	13972996	69,90
- 15 a 19 anos	4079694	100,0	539530	13,22
- 20 a 24 anos	3207552	100,0	1971095	61,45
- 25 a 29 anos	2816413	100,0	2424509	86,08
- 30 a 34 anos	2494200	100,0	2282020	91,49
- 35 a 39 anos	2180976	100,0	2028991	93,03
- 40 a 44 anos	1769735	100,0	1645071	92,96
- 45 a 54 anos	3441427	100,0	3081780	89,55

Fonte: FIBGE, PNAD, 86. Anticoncepção. Tabela 9.

**AS PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS E O ABORTO NO BRASIL**

**Karen Giffin e Sarah Costa**

## RESUMO

No Brasil, a oferta de métodos contraceptivos nos serviços públicos é extremamente deficiente, apesar da existência de um programa de assistência integral à saúde da mulher (o PAISM), que deveria garantir o acesso à informação e a todos os métodos.

Em um contexto caracterizado pelo agravamento da pobreza, o que aumentou a necessidade de diminuir o número de filhos, a decorrente dependência do setor privado para os meios de controle da fecundidade teve duas consequências principais: uma restrição quase que completa da oferta a basicamente dois métodos contraceptivos (a pílula e a esterilização) e uma separação entre práticas de controle da fecundidade e atenção à saúde, no caso das mulheres pobres.

A pílula, usada pela maioria sem acompanhamento médico, é comprada nas farmácias com recursos próprios, apesar de contra-indicações ou doenças manifestas, e é usada erradamente em muitos casos. Isto leva ao aumento dos efeitos colaterais, o que fortalece a tendência ao uso errado. É provável ainda que, nestas condições, as mulheres experimentem vários tipos e dosagens num processo marcado pela descontinuidade.

Qualquer experiência descontrolada certamente aumenta a possibilidade de efeitos colaterais e gravidezes não-desejadas que, por sua vez, aumenta muito as chances de chegar a um aborto.

No aborto, também, as condições e consequências variam enormemente, dependendo da possibilidade de pagar pela intervenção. Quanto menores os recursos, mais perigo possível de morbi-mortalidade. Abortos repetidos, *idem*. Registram-se casos de repetidas tentativas que fracassam, até se conseguir abortar, às vezes com métodos progressivamente mais perigosos. Há muitas tentativas de aborto que não têm êxito, com consequências nocivas previsíveis, mas não estudadas, sobre a saúde da mulher e do filho. Os dados indicam uma mudança no perfil da mulher que aborta, com diminuição da idade e paridade.

No caso da esterilização, embora a variação de acesso seja comprovadamente grande, basicamente todas são clandestinas e a maioria é feita através de cesárea desnecessária, o que representa um risco para a saúde da mulher e do filho. A clandestinidade impede qualquer normatização ou supervisão e, possivelmente, treinamento nas técnicas mais recomendadas. Até o registro é evitado. Nestas condições, seria esperada uma taxa de falha incrementada, mas não documentada, além de efeitos colaterais mais frequentes.

Pesquisas qualitativas mostram que as mulheres temem os possíveis efeitos da esterilização sobre sua saúde e sua sexualidade, mas não percebem outra alternativa, uma vez descartada a possibilidade da pílula. No intervalo, muitas gravidezes não-desejadas terminam em aborto.

Longe de ter o papel esperado, observamos que a prática contraceptiva, nestas circunstâncias, tem levado ao amplo uso do aborto provocado. Embora haja, atualmente, uma tendência de convergência nas taxas de fecundidade, os riscos reprodutivos são extremamente diferenciados

para diferentes grupos e classes sociais. Paradoxalmente, é a motivação intensa das mulheres em regular sua fecundidade que as tem forçado a arriscar a sua saúde e, às vezes, a sua vida.

# AS PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS E O ABORTO NO BRASIL

Karen Giffin e Sarah Costa

## A Transição Demográfica na América Latina

Enquanto os interesses demográficos a partir da década de 60 foram originalmente dirigidos basicamente pelo uso da contracepção e formulados em termos quantitativos (tamanho e tendências das taxas de fecundidade, número de mulheres que usam contracepção, taxas diferenciais entre grupos socioeconômicos) o conhecimento produzido a partir deles ilustra claramente a complexidade e a natureza dinâmica dos padrões de controle da fecundidade nos vários países da região.

Na medida em que as informações são processadas, no entanto, fortalece-se o reconhecimento de que a transição demográfica já é fato histórico, e que as mulheres latinoamericanas como um todo haviam reduzido, às vezes drasticamente, a sua prole - apesar de pobres, malservidas pelos serviços de saúde, e sem poder de barganha sexual.

Ainda a nível de generalidades, constata-se que as várias transições foram iniciadas pelas elites urbanas e foram-se difundindo a todos os grupos sociais, que foram ao mesmo tempo se concentrando, eles próprios, nas áreas urbanas dos países. Para completar, observa-se um outro padrão comum a todos os países da região: "...em maior ou em menor grau, o desequilíbrio estrutural, o déficit social que se traduzem em estancamento e em deterioração dos salários reais... com conseqüente deterioração no nível de vida" (Yazaki 1991).

No que diz respeito às explicações para o comportamento reprodutivo, atualmente reconhece-se que "as mudanças nos padrões reprodutivos estão imersas em uma série de transformações sociais, econômicas, culturais e políticas. Estas transformações ocorrem de forma... interconectadas e de naturezas... diversas, inclusive contraditórias..." (Guzman, apud Yazaki 1991), o que dificulta conclusões. Entendimento, no final, "requereria considerar a reprodução de toda a sociedade, e a explicação implicaria em uma teoria geral de mudança social" (Patarra, apud Yazaki 1991).

Enquanto as variações no processo de transição na Região refletem as diferenças na política demográfica, na oferta, na forma e no tipo dos meios de controle da fecundidade, a dimensão da queda, em si, já demonstra a existência de "motivação" positiva por parte das mulheres.

## O Controle da Fecundidade no Brasil

No caso do Brasil, dados mostram o início da queda a partir de 1960. Na década de 70, quando atingiu todas as regiões e classes de renda, a queda registrada foi de quase 25% (Simões e Oliveira 1988). Houve períodos de queda extrema entre 1970-75 e 1980-85, ambos sendo

períodos de alta concentração da renda e deterioração na qualidade de vida da maioria, principalmente dos mais pobres (Carvalho e Wong, apud Yazaki 1991).

Dados mais recentes para o Nordeste sugerem que essa tendência continua. Considerando a taxa de fecundidade total, observa-se, para o conjunto de mulheres nordestinas, que o número médio de filhos caiu de 5,0 em 1986 para 3,7 em 1991, uma queda de 26%. Para as mulheres casadas, ocorre uma redução da média de 7,4 para 5,2 filhos, ou seja, houve uma queda de 29,7% nestes anos (BEMFAM 1994). Em 1986, entre 60 a 65% das mulheres casadas em idade reprodutiva utilizavam métodos de contracepção (IBGE 1991) com os contraceptivos orais e a ligadura tubária juntos representando aproximadamente 80% do uso total.

Mais uma vez, dados mais recentes indicam que a prevalência pode ter aumentado. As mulheres nordestinas casadas entrevistadas em 1991 apresentaram uma taxa de prevalência de 61%, um acréscimo de 19% em relação a 1986. Mudanças significativas em relação aos métodos foram observadas. Embora a esterilização já fosse o método mais usado em 1986, a proporção de mulheres casadas esterilizadas passou de 24% para 39% em 1991. A pílula ocupa o segundo lugar nos métodos contraceptivos mais utilizados: 13% das mulheres casadas a adotaram, proporção menor do que foi verificada em 1986, que foi de 16% (BEMFAM 1994).

As diferenças entre classes de renda e regiões, em combinação com o fato desta década aprofundar rápidas mudanças nos padrões de controle da fecundidade, dificultam análise do fenômeno. As evidências indicam, no entanto, que enquanto as tendências quantitativas se convergem, as desigualdades são marcadas no que diz respeito à qualidade das práticas de controle da fecundidade.

O Brasil destaca-se, na região, pela ausência de um programa de massa, ou melhor, pela ausência quase completa de oferta de meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, apesar da existência, desde 1983, de uma proposta avançada de atenção integral à saúde da mulher (o PAISM), que inclui oferta de métodos. Avaliação da situação deste programa em 1992 conclui que, na melhor das hipóteses, cerca de 50% dos serviços de contracepção atendem menos que 10% da população feminina (Costa 1993).

A dependência do setor privado para os meios de controle da fecundidade, por outro lado, teve duas consequências principais: uma restrição quase completa da oferta a basicamente dois métodos (a pílula e a esterilização); e uma separação entre práticas de controle da fecundidade e atenção à saúde da mulher, no caso das mulheres pobres, que são a maioria.

As evidências indicam que o controle da fecundidade foi alcançado através de um processo melhor conceituado como "modernidade perversa" (Giffin 1992) que inclui uma sequência padrão de: uso descontrolado da pílula; decorrentes gravidezes não-desejadas e abortos ilegais; e, finalmente, a esterilização clandestina, normalmente feita através de cesáreas desnecessárias. O aumento do controle da fecundidade no Brasil, nestas condições, indica motivação particularmente forte das mulheres, para não dizer desespero, em controlar a fecundidade. O uso da contracepção moderna não preveniu o aborto. Ao contrário, "de fato, parece que programas

inadequados de planejamento familiar tem perpetuado o problema do aborto provocado" (Paxman et al, 1993).

### **A(s) Prática(s) Contraceptiva(s) no Brasil**

As tendências globais apontadas nos dados nacionais refletem, em primeiro plano, as práticas das mulheres de baixa renda, dado que os segmentos de baixa renda são maioria absoluta no país. Os estudos locais, principalmente nos anos 80, também concentraram ou em populações femininas em idade reprodutiva em áreas de baixa renda ou em serviços de saúde pública onde a clientela é, tipicamente, de baixa renda. Enfatizamos o plural nas práticas, em função das grandes variações nas **condições** de controle da fecundidade, embora faltem dados locais atuais sobre a mulher "não-pobre".

Argumentamos, ainda, que a tendência à convergência quantitativa não implica uma maior igualdade nas condições e consequências do controle, na medida em que é a capacidade de pagar que define estas condições. Lembramos ainda que focar a mulher de baixa renda é mais do que justificado justamente pela falta de condições adequadas para seu controle; e que, no Brasil, já identificado como campeão da desigualdade social, a década de 80 parece ter aumentado ainda mais a concentração da renda (Eichenberg Silva, apud Valladares e Batista 1993) e deteriorado ainda mais os serviços de saúde públicos.

Alguns dos resultados iniciais de estudo organizado pelo CELADE em 7 cidades latinoamericanas na década de 60 já mostraram, no entanto, a co-existência na região de padrões altamente diferenciados e, em alguns casos, surpreendentemente "modernos". O Rio de Janeiro e Buenos Aires, por exemplo, mostraram taxas já comparativamente altas de uso de contracepção, e de aprovação do trabalho feminino remunerado, além do uso do aborto como método de controle da fecundidade (Hass 1972, Hutchinson 1964). No Rio de Janeiro, 50% das mulheres de classe baixa, 67% da classe média, e 74% na classe alta já usavam algum método; a esterilização foi usada por 8% das usuárias de classe alta e 5% da classe baixa; e o tamanho ideal de família foi menor na classe baixa do que nas outras classes (Hutchinson 1964).

### **A Pílula**

Os dados do PNAD 84 já demonstraram, há mais de uma década atrás, que 95% das mulheres conheciam a laqueadura e a pílula, os dois métodos mais comuns. Esta mesma fonte revela que 70% de mulheres em união usou a pílula em algum momento. Alguns estudos locais mais recentes demonstram que o conhecimento de outros métodos, como o condom, os espermicidas e as injetáveis também é bastante elevado (Arruda et al 1987, Costa et al 1990). Mas nem todas as mulheres que conhecem a existência de um método sabem usá-lo corretamente. Por exemplo, entre as mulheres de baixa renda em favelas no Rio de Janeiro que usavam a pílula, 23% não as tomavam corretamente. Muitas delas sabiam a maneira certa de usá-las mas haviam diminuído o uso diário devido aos efeitos colaterais, ou para diminuir o custo. Um grande número de usuárias da pílula adquirem-na diretamente nas farmácias. Isto significa que muitas mulheres não recebem orientação adequada para seu uso correto. Dados da mesma pesquisa mostraram que

85% destas usuárias a adquirem em farmácias, 96% sem receita médica, e menos da metade delas receberam orientação médica antes de iniciar o uso. Este estudo demonstra, ainda, que 16% das mulheres acima de 40 anos usavam a pílula; 40% das usuárias eram fumantes; quase a metade das usuárias sofria de pelo menos um problema de saúde que a contra-indicava, e 17% das usuárias eram fumantes com pelo menos um destes problemas (Costa et al 1987, ver também Silva 1984).

Outro estudo com mulheres em idade reprodutiva, moradoras em favelas do Rio no início da década de 80, revelou que 70% estavam usando algum método, enquanto somente 13,6% nunca haviam usado um método. Setenta por cento das usuárias não-esterilizadas usavam a pílula no momento do estudo. Do total de usuárias, 29% reportou que "ninguém" as havia orientado sobre o uso do método, enquanto 16% disseram que foram orientadas por vizinhas. As queixas sobre efeitos colaterais eram frequentes. (Valladares et al 1987).

Dados do Estado de São Paulo indicam que apenas 53% de usuárias de pílula receberam orientação profissional, e que 2/3 delas apresentaram alguma contra-indicação (Hardy, 1988). Um estudo de usuárias e potenciais usuárias de postos do ABEPF em 7 capitais brasileiras em 1985 reporta que a pílula foi o primeiro método usado por estas mulheres, iniciada em geral sem indicação ou acompanhamento médico e, muitas vezes, tomada incorretamente. As queixas sobre efeitos colaterais também são numerosas neste grupo. (Said e Leite 1985).

Dados nacionais de 1986 mostram que 90% de usuárias da pílula haviam-na comprado em farmácia, a maioria sem receita médica, e que 26% das usuárias ou fumaram ou tinham mais que 40 anos (IBGE 1991).

Além dos óbvios (embora não estudados) efeitos nocivos do uso descontrolado da pílula sobre a saúde das mulheres, outras consequências previsíveis são a descontinuidade no uso, gravidezes indesejadas, e o aborto provocado.

### **A Pílula e o Aborto**

Estudos hospitalares pós-aborto confirmam que as mulheres brasileiras experimentam taxas altas de fracasso com métodos que, utilizados corretamente, ofereceriam elevado nível de proteção contra a gravidez não planejada.

Em um estudo deste tipo em Fortaleza, 12% das mulheres hospitalizadas pós-aborto estavam usando a pílula quando engravidaram. 22% das mulheres que não usaram contracepção deram como razão o temor aos efeitos colaterais (Misago et al 1994).

Um estudo de 1991 entre mulheres internadas com complicações pós-aborto nos hospitais públicos do Rio mostra que somente 10% delas nunca haviam usado um método de controle. Trinta e sete por cento delas faziam uso de algum método contraceptivo quando engravidaram, e 60% destas usavam a pílula. Das 90% que já usavam algum método, a pílula foi o primeiro método de 82% (Costa 1994).

Este estudo oferece mais informação sobre a relação entre a prática contraceptiva e o aborto, ou seja, porque tantas mulheres experimentam o fracasso enquanto outras não se protegem contra a gravidez, mesmo sendo indesejada. As mulheres que relataram ter usado contracepção na época da gravidez foram indagadas sobre sua visão das razões de terem experimentado o fracasso contraceptivo. Cinquenta e cinco por cento atribuíram a falha ao uso inconsistente ou incorreto dos métodos, e somente 4% das entrevistadas disseram que não sabiam como usá-los corretamente, das quais a maioria tinha mais de 30 anos de idade. Das 10% que nunca tinham usado métodos contraceptivos somente 24% não acharam necessários usá-los. Tipicamente, estas mulheres diziam que 'não queriam usar contracepção' ou 'achavam que não era necessário usá-la'. No entanto, quase 25% delas relataram falta de informação ou acesso aos métodos como sendo a razão principal de não se protegerem contra o risco de gravidez.

Em contraste, entre as mulheres que tinham usado contracepção no passado, 46% citaram 'medo de efeitos colaterais' ou 'problemas ligados à saúde' como sendo as razões principais de não terem usado contracepção na ocasião desta gravidez. Uma proporção alta deste grupo (29%) também não achou necessário se proteger (Costa 1994).

Estudos pós-aborto nos países desenvolvidos também mostram uma alta proporção de mulheres que procuram se proteger contra a gravidez indesejada sem sucesso, como, por exemplo, na Inglaterra, onde um terço das mulheres que procuraram aborto legal nos serviços públicos faziam uso de contracepção na época da gravidez. Nestes casos, porém, a maioria relatou o uso de métodos com índices de falha normalmente altas (Duncan et al 1990). O que diferencia o quadro brasileiro é o grande número de falhas com métodos supostamente eficazes, resultado da automedicação, etc.

Vários estudos têm demonstrado a importância de informações precisas de boa qualidade sobre os riscos e benefícios associados aos métodos, seus efeitos colaterais e como usá-los corretamente como sendo condições básicas para seu uso correto e contínuo (Potter et al 1988) (Measham 1976).

As pesquisas sobre contracepção conduzidas em 1986 no Brasil, bem como outras pesquisas menores, dão algumas pistas dos motivos pelos quais tantas mulheres correm risco de gravidez não desejada, quer por não usarem continuamente os métodos contraceptivos, quer por usarem um método contraceptivo de forma ineficaz. A falta de conhecimento sobre a **existência** dos métodos não parece ser o problema principal.

Os dados apresentados mostram que a alta prevalência de contracepção em si não é um bom indicador do acesso que as mulheres têm às informações e aos serviços de contracepção nem, tampouco, é um bom indicador da prevenção do aborto.

Para medir a extensão da 'necessidade não satisfeita' referente à contracepção, um estudo do Alan Guttmacher Institute (AGI) identificou as mulheres que estão de fato expostas ao risco da gravidez não desejada, isto é, as mulheres em idade fértil com atividade sexual e que não querem ter mais filhos, ou não querem filhos no futuro próximo, embora não estejam usando métodos

eficazes de contracepção, ou não usam adequadamente métodos considerados eficazes. Traduzido em números concretos, segundo esta estimativa aproximadamente 8,0 milhões de mulheres de 15-44 anos no Brasil (22% desta faixa etária) precisarão de serviços de contracepção e saúde reprodutiva para evitar a gravidez indesejada (AGI 1994).

## **O Aborto Provocado**

Dados internacionais demonstram que "o aborto provocado e o uso da contracepção podem aumentar concomitantemente - uma tendência que é provável durante períodos de declínio rápido da fecundidade" (Frejka 1985). Estudos do aborto na década de 70 na América Latina já haviam observado que "a nível individual, as mulheres altamente motivadas a controlar a fertilidade recorrerão tanto ao aborto como a contracepção" (Population Reports 1981). Em um estudo de 7 cidades da América Latina em 1964, Buenos Aires mostrou a mais alta taxa de aborto e também a maior percentagem de mulheres casadas usando contracepção: 78% (Van der Tak 1974). A discussão até este ponto sugere que o Brasil talvez seja um exemplo do fenômeno apontado por Frejka (1985): num período de rápido declínio de fecundidade, tanto o uso da contracepção quanto do aborto provocado tem aumentado.

Embora as evidências desde os anos 60 já tivessem revelado o uso do aborto como método de controle da fecundidade em vários países, somente na década de 80 os pesquisadores aproximaram-se mais deste tema. Atualmente, há conclusões de que 1/4 a 1/3 do controle da fecundidade na década de 80 na América Latina é devido ao aborto induzido (Frejka e Alkin 1990, AGI 1994).

No caso do Brasil, a situação de ilegalidade do aborto impede o conhecimento exato deste fenômeno. As estimativas mais recentes situam o número anual de abortos em 1,5 milhões, o que representaria o término voluntário de 31% do total das gestações ou 44 abortos induzidos por 100 nascidos vivos, que corresponde a uma taxa anual de 3,65 por 100 mulheres de 15 a 49 anos de idade. Este mesmo estudo estima, ainda, que quase a metade das gravidezes (46%) no Brasil são indesejadas (AGI 1994).

Reconhece-se, universalmente, que a tentativa de dimensionar o aborto provocado é complicada consideravelmente pelo fato de ser uma prática ilegal, sendo que as complexidades metodológicas também são grandes (Barreto et al 1992). Além disto, admitir o aborto exige contrapor-se ao mito do amor materno incondicional e à importância fundamental e ao próprio sentido do "ser mãe" cristalizado na construção social da identidade feminina. Da ótica de muitas religiões, certamente na religião católica, é pecado. Talvez por isso tudo, as mulheres frequentemente façam distinção entre "fazer a menstruação descer" e "fazer um aborto".

"Fui ao Dr. Fulano, que me explicou que eu estava com a menstruação atrasada de três semanas... Pedi mil e um perdões a Deus e, como ele falou que era só um atraso, fui fazendo minha cabeça porque atraso não era gravidez, e por isso não considero que tenha sido um aborto" (Barros et al 1985).

Esta dificuldade em admitir a tentativa do aborto também fica clara na sequência de entrevista com uma gestante de 17 anos, cliente de um serviço público no Rio:

"Como você se sentiu ao saber que estava grávida?"

"Feliz."

"O que você está achando da idéia de ser mãe?"

"Bom."

"Você estava querendo engravidar agora ou aconteceu sem querer?"

"Por mim eu engravidaria mais tarde, né. Não tão cedo. Mas, aconteceu."

"E o pai da criança, queria ter um filho agora?"

"Ele queria, mas eu não."

"Você tem alguma preocupação com respeito à gravidez?"

"Tenho porque eu tomei muito remédio para tirar. Tenho medo de nascer doente... alguma coisa" (Giffin e Lowndes 1994).

Os dados locais disponíveis sobre o aborto referem-se, em geral, à população de baixa renda. A existência de clínicas de aborto de alto custo e qualidade nas áreas urbanas da América Latina como um todo sugere que a população de renda alta e média também apela para o aborto (Henshaw 1990, Faúndes et al 1989). Um estudo recente com médicos em 4 hospitais públicos do Rio revela que, mesmo neste grupo que tem informação e acesso privilegiado aos meios contraceptivos, 34% admitiram ter apelado para o aborto provocado em pelo menos uma ocasião (Giffin 1993).

Estudos locais nos anos 60 e início dos anos 70 indicaram que a proporção de mulheres em São Paulo que relataram ter provocado algum aborto era de 6% em 1965 e 11% em 1978 (Milanesi 1975, Nakamura et al 1980). Estudos locais durante os anos 80 confirmaram o aborto como prática comum em áreas de baixa renda, sugerindo um aumento. De dois estudos nas favelas do Rio, um mostrou que 20% das mulheres em idade fértil entrevistadas haviam provocado o aborto, e que 38% destas haviam provocado mais de um (Valladares et al 1987). O outro estudo registrou que 21% das mulheres casadas haviam provocado o aborto, o número médio de abortos sendo de 2,1 (Martins et al 1991). Em estudo de 5 favelas de Belo Horizonte, 30% das mulheres haviam recorrido ao aborto provocado (Silva 1984).

Os estudos hospitalares de mulheres internadas pós-aborto confirmam a repetição da prática. Um estudo em 7 hospitais públicos do Rio de Janeiro mostrou que 26% das mulheres internadas pós-aborto haviam provocado pelo menos um aborto anteriormente. De todas as gestações destas mulheres, 45% resultaram em aborto (Costa 1994).

Em Fortaleza, 22% das mulheres internadas nos hospitais estudados tinham abortos prévios (Misago et al 1994). Em São Paulo, dados mostram que 24,4% das mulheres haviam provocado pelo menos um aborto previamente. A média neste caso era de 1,3 abortos prévios, e uma mulher reportou 17 abortos prévios. Das mulheres de 20 anos ou menos, 41,9% reportaram pelo menos 1 aborto anterior (Schor 1990).

Além dos dados sobre abortos efetivamente realizados, alguns estudos revelam que as tentativas de aborto são ainda mais numerosas. No estudo de Belo Horizonte, 22% das entrevistadas reportaram que tentaram abortar sem êxito (Silva 1984). No estudo referido nos hospitais do Rio, 34,5% das parturientes entrevistadas declararam que queriam interromper esta gravidez, e 17,6% haviam tentado abortar, sem êxito (Costa 1994).

Este estudo mostra uma proporção grande de mulheres jovens e de baixa paridade nas internações pós-aborto: 29% eram nulíparas e quase 20% tinham 18 anos ou menos. Somente 6% destas mulheres tinham 30 anos ou mais (Costa 1994). Este perfil também foi confirmado pelo estudo em Fortaleza em 1993 (Misago et al 1994). Dados de São Paulo mostram 16% das mulheres com 20 anos ou menos, e 17% primigestas (Schor 1990). Estes dados, assim como os de outros países da América Latina, mostram uma mudança no perfil das mulheres hospitalizadas pós-aborto (David 1992, Weisner 1988). Esta mudança talvez seja consequência da alta proporção de mulheres esterilizadas a partir de 30 anos.

Alguns estudos nos serviços de Saúde Pública sugerem, também, que a prática tem aumentado. Dados de um hospital municipal em Santo André mostraram que, no período de 1978-82, o número de partos aumentou em 14%, enquanto o número de internações por complicações de aborto mais que duplicou (Schor 1990). Porém, a dificuldade de tirar conclusões sobre tendências, baseado apenas em estudos hospitalares, é exemplificada pelo aumento marcado nas internações por complicações pós-aborto no ano 1991, quando o uso de misoprostol foi alto. Internações essas que são apenas a parte visível do problema.

Estudo em um hospital municipal do Rio concluiu que houve um aumento de 172% na mortalidade relacionada ao aborto no período de 1978-87 (La Guardia et al 1990) embora outros estudos hospitalares não registrem este aumento. A nível nacional, a mortalidade materna por causas relacionadas com o aborto diminuiu neste intervalo, em 1991 representando apenas 13% dos óbitos totais (Ministério da Saúde 1992).

No que diz respeito à maneira como os abortos são feitos, dados de favelas do Rio da década de 80 mostraram que altas proporções dos abortos provocados foram realizados por médicos, em clínicas particulares: num caso, 65% (Martins et al 1991); em outro, 59% (Valladares et al 1987).

Um estudo hospitalar conduzido em 1981, no sul do Brasil, mostrou que 52% das mulheres entrevistadas relataram ter usado sonda para induzir o aborto, e 4% usaram outros objetos (Boehs et al 1983). Num outro estudo hospitalar também foi encontrada uma proporção alta de mulheres (68,5%) que relataram ter usado sonda em 1988 no Nordeste. Misoprostol e outros métodos médicos representaram somente 25% de todos os métodos utilizados (Welkovic et al 1991).

No início da década de 90, o estudo do Rio mostra que, em 1991, a maioria das mulheres internadas após um aborto induzido tinha usada misoprostol: 46% usaram somente este método, e 12% usaram-no junto com outros métodos. Outros 13% usaram medicamentos que elas não conseguiram identificar. Como medicamentos são dispensados frequentemente sem a embalagem,

é possível que parte destas mulheres também tenham feito uso do misoprostal, elevando assim a proporção das que abortaram com misoprostol a quase 70% (Costa 1994). Estudos realizados na mesma época em outros estados no Brasil confirmaram a importância do misoprostol como abortivo e a forma explosiva como o uso do medicamento cresceu. Análise de fichas de internação de uma maternidade de Fortaleza revelou que misoprostol foi citado em 12% dos casos de aborto induzido tratados em 1988, mas em 1990 atingiu 70% (Barros 1991), uma tendência confirmada por outros estudos (Coelho et al 1993, Barbosa e Arilha 1993). Em 1993, no Norte do país, apesar da portaria do Ministério da Saúde restringindo a venda do medicamento, o misoprostol continua sendo usado em grande escala (Misago et al 1994).

Dados hospitalares indicam que esta mudança nos métodos utilizados para induzir o aborto resultou em uma diminuição da morbidade entre as mulheres internadas com complicações pós-aborto. Por exemplo, no estudo do Rio, as mulheres que usaram o misoprostol apresentaram níveis mais baixos de infecção, lesões e sangramento intenso comparadas com aquelas que abortaram com o uso de sonda. Estas mulheres declararam, no entanto, que misoprostol não era o método preferido por elas: 77% reportaram que, se pudesse escolher livremente, teriam feito o aborto com um médico. A razão dada por 87% delas era a segurança (Costa 1994).

Estas mulheres, e outras do estudo em São Paulo, declararam que haviam usado misoprostol porque era mais acessível, mais barato, e ainda mais seguro que os outros métodos acessíveis a elas (Costa 1994, Barbosa e Arilha 1993).

Nos estudos locais com mulheres de baixa renda, as dificuldades econômicas são referidas pela maioria para explicar a decisão de abortar: em São Paulo, em 1968, e no Rio de Janeiro, nos anos 80 (Milanesi 1975, Martins et al 1991, Valladares et al 1987). "Fatores econômicos" foram mencionados por 52% dos médicos em hospitais públicos no Rio em 1991, seguido por 49% que se referiram à "qualidade da relação" na explicação dos motivos das mulheres que querem abortar (Giffin 1993). "Problemas na relação" também é uma razão mencionada pelas mulheres, principalmente instabilidade da relação, ou falta de apoio emocional ou financeiro (Weisner 1982, Paiewonsky 1993).

No estudo de 1991 no Rio, das mulheres internadas pós-aborto, 39% declararam que não queriam outro filho, sem justificar porque, e 27% declararam não ter condições econômicas para ter aquele filho. Evidentemente as razões podem variar nos vários momentos do ciclo de vida. Comparando os casos de aborto induzido com parturientes da mesma idade e paridade, os fatores de risco<sup>1</sup> são: mulheres que moram sozinhas têm uma chance 5 vezes maior de abortar do que mulheres casadas; donas de casa que não trabalham fora tinham um risco menor de abortar comparado com mulheres que trabalham fora (risco 3,5 vezes maior), mulheres desempregadas ou procurando emprego (risco 2,3 vezes maior), ou mulheres que estudam (4 vezes maior); e mulheres com algum aborto prévio tinham um risco 2 vezes maior que as outras.

---

<sup>1</sup> No sentido epidemiológico da ocorrência diferenciada dos fatores nos dois grupos.

Um dos dados mais interessantes mostra que o risco do aborto provocado aumenta com o número de métodos contraceptivos usados durante a vida e de uma forma linear. Ou seja, ao mesmo tempo em que o uso de um maior número de métodos demonstra maior motivação em controlar a fecundidade, mostra também a inadequação da prática e os riscos maiores à saúde que possam resultar destas práticas.

O estudo hospitalar do Rio produziu, ainda, dados de entrevistas domiciliares com 240 das mulheres que abortaram, 6 meses após sua hospitalização. As mulheres continuavam, exatamente como antes, expostas ao risco de uma nova gravidez indesejada. Doze por cento estavam de fato grávidas, ou suspeitavam que estivessem grávidas. Três por cento já haviam engravidado de novo e haviam feito outro aborto. Das mulheres que haviam engravidado neste intervalo, 59% declararam ter usado contracepção, mas haviam interrompido o uso por causa de efeitos colaterais.

Da mesma forma, das mulheres que não haviam engravidado, e que haviam usado algum método neste período, 32% relataram ter sofrido efeitos colaterais. Uma proporção igual, 38%, estavam usando a pílula de forma incorreta. Finalmente, aproximadamente 1/3 das mulheres entrevistadas declararam que queriam esterilizar-se (Costa 1994).

Dada a falta de oferta de contracepção nos hospitais públicos, nada havia interferido no ciclo trágico de gravidez indesejada e aborto. Lembramos que cinco por cento das mulheres hospitalizadas neste estudo já tinham quatro ou mais abortos anteriores.

Outro dado revelado na ocasião da entrevista domiciliar é a saúde deteriorada delas: 27% reportaram dor pélvica; 15%, dor pélvica e dispareunia, e 9% reportaram dor pélvica, dispareunia e febre. Mais de 3% reportaram sintomas compatíveis com doença pélvica inflamatória, que tem consequências mais sérias, ainda (Costa 1994).

### **Esterilização**

Análise de dados sobre a esterilização é dificultada pela condição clandestina deste método no Brasil, forma mais comum da contracepção no país. Segundo a PNAD86, "problemas de saúde" é o motivo principal para a esterilização, apontado por 44% das mulheres esterilizadas (Penha 1991). Este dado é ambíguo, podendo refletir tanto as experiências de uso descontrolado da pílula e seus efeitos colaterais como a definição da única condição em que a esterilização é permitida pela lei.

A nível do país, 63% das esterilizações existentes em 1986 ocorreram na década de 80 (Penha 1991). Dados de São Paulo indicam um aumento de 93% entre 1981-89, enquanto no Nordeste houve um aumento de 78% em apenas 6 anos (Berquó 1989).

A esterilização de mulheres jovens (de menos de 30 anos) é tendência recente, e representa 21% das esterilizações no Nordeste a partir de 1980. Nas mulheres entre 20-29 anos, 81% das esterilizações em São Paulo e 77% no Nordeste foram feitas a partir de 1983 (Berquó 1987,

1989). Dados de 231 mulheres esterilizadas em São Paulo mostram uma taxa de arrependimento de 12%, enquanto nas mulheres esterilizadas com menos de 25 anos esta taxa é de 50% (Pinotti et al 1986).

Dados locais de áreas de baixa renda mostram tanto o custo psicológico desta decisão para as mulheres, que temem um efeito negativo sobre sua sexualidade (Cocco et al 1988, Xavier 1984, Said e Leite 1985) como o fato de que muitas mulheres que querem se esterilizar nem sempre conseguem por terem pouca idade, ou por não terem o dinheiro para pagar (Silva 1984) ou foram recusadas por médicos por terem pouca idade ou poucos filhos (Lassner et al 1986).

Há casos de mulheres esterilizadas sem seu consentimento; outras esterilizadas sem informações corretas sobre a irreversibilidade; e, ainda, outras que são recusadas por não serem consideradas candidatas adequadas pelos profissionais. Há, ainda, pelo menos um caso registrado de uma mulher que lutou para conseguir os recursos para pagar uma esterilização com cesárea mas que não conseguiu ter certeza de que ela foi esterilizada porque o registro não foi feito (como é normal) e o médico, quando questionado, já não lembrava mais (Cavalcanti 1994).

Os dados da PNAD86 também revelam que 75% das esterilizações foram feitas durante o parto, normalmente cesariano (Berquó 1989). Dada a ambiguidade legal da esterilização, a intervenção durante o parto permite esconder o procedimento, que é cobrado "por fora". Existe no país um círculo vicioso perfeito entre o aumento do parto cesariano e o aumento da esterilização, dado que a esterilização é praticada sistematicamente após 3 partos cesarianos, por convenção médica (Faúndes e Cecatti 1991). O efeito das cesáreas desnecessárias sobre a saúde da mãe e do filho é um assunto sobre o qual não há dados epidemiológicos.

Um outro aspecto da esterilização que é ocultado pelo seu status legal é a questão das técnicas utilizadas, dado que seria necessária à avaliação dos seus efeitos reais sobre a saúde reprodutiva.

### **A Região e o Brasil: Situação Atual**

Constata-se que as jovens da região (inclusive o Brasil) atualmente têm um nível de escolaridade maior que há 30 anos atrás, e que uma menor proporção de adolescentes estão em união. Não se pode supor, porém, que o significado social da educação seja igual a de 30 anos atrás, em termos de nível de vida atual ou futuro. Embora cada vez mais necessária para ingressar no mercado de trabalho, é também cada vez menos suficiente como garantia de nível profissional ou de renda.

Outro fato notado, atualmente, é uma certa estabilização das taxas de fecundidade. Parece haver demonstração, ainda, de que a queda da fecundidade diminuiu os nascimentos de alto risco e contribuiu, em media, 30% à queda da mortalidade infantil na região, e no Brasil (Yazaki 1993, para dados de São Paulo, ver Ferreira 1990). Apesar destas mudanças, como já mencionado, os dados apontam para uma piora geral na qualidade de vida da maioria na região e no país, e para investimentos diminuídos tanto na saúde como na educação pública.

Um indicador de perversidade atrás deste processo de queda da fecundidade é notado a nível da região e já foi evidenciado pelo uso errado dos métodos no Brasil: há "incongruências entre os níveis de conhecimento de anticonceptivos e os do conhecimento do processo reprodutivo feminino, pois encontram-se entre 70% a 99% de mulheres com conhecimento de pelo menos um método moderno, mas somente de 12% a 48% que foram capazes de identificar corretamente o período fértil" (Yazaki 1993).

Notavelmente ausente nos dados de hoje, no entanto, são as informações sobre o estado de saúde reprodutiva destas mulheres.

O caso das adolescentes é dos mais preocupantes, pois a desinformação e a dificuldade de acesso é reforçada pela persistência a nível das ideologias com respeito ao gênero feminino, da idéia de que "meninas boas" não deveriam saber de sexo e não deveriam mostrar interesse sexual, muito menos definir como deveriam ser as relações sexuais - embora, hoje em dia, também não deveriam ser "frias" (Paiva 1994, Desser 1993).

A importância desta contradição nos estereótipos de gênero é comprovada nos dados que mostram que, mesmo quando as adolescentes sabem da existência e da necessidade dos métodos, usá-los exige que a sua atividade sexual seja assumida de forma consciente e premeditada, o que é imensamente dificultado pela definição do feminino (BEMFAM 1990).

Considerando os fatores de risco identificados no estudo de Costa (1994), se o acesso a serviços de saúde reprodutiva não aumentar, o futuro reprodutivo das mulheres brasileiras será ainda mais sombrio. São as mulheres casadas, de mais idade, que não trabalham fora, e que vivem com seus maridos, que apresentam menos risco do aborto provocado. Nas condições de pobreza aumentada em que vivem, a participação da mulher na força de trabalho aumentou para quase 40% em 1990. São as mulheres casadas, de mais idade, que mais aumentaram sua participação na força de trabalho na década de 80; entre as cônjuges, enquanto 20% trabalhavam em 1980, quase 38% passaram a fazê-lo em 1990 (Bruschini 1993). Nesta década, ainda, as famílias chefiadas por mulheres passaram de 11% do total em 1981 para 18% em 1989, medida de crescente instabilidade familiar (Goldani 1994).

### **Produção e reprodução, classe social e condição feminina: Considerações sobre o significado social do controle da fecundidade e a presença feminina na força de trabalho**

O controle da fecundidade e a presença feminina na força de trabalho têm sido considerados internacionalmente como indicadores de modernidade na condição social feminina, na medida em que a identidade de gênero tradicional enfatizava justamente a função reprodutiva da mulher e seu confinamento à esfera familiar. Explicitados na ideologia feminista, as reivindicações para o controle do corpo e para a igualdade no mercado de trabalho expressam o valor positivo atribuído a estes direitos, vistos como conquistas sociais.

Ao mesmo tempo, análise do processo histórico de desenvolvimento das sociedades industriais revela a raiz material dos novos padrões e a sua interrelação. Isto é, a organização da produção

numa esfera própria provocou uma diferenciação e uma separação espacial e temporal crescente entre a esfera privada da família e a esfera pública do trabalho e entre as tarefas masculinas e femininas. A família, que outrora organizava tanto a produção como a reprodução, ficou dependente da renda monetária ao mesmo tempo em que perdeu controle do processo de qualificação e inserção dos novos membros na força de trabalho. O filho, neste processo, perde seu valor como recurso produtivo da família e, principalmente nas áreas urbanas, é transformado em investimento de risco cuja presença ainda dificulta o trabalho remunerado da mãe.

A nível das relações de gênero, pode-se argumentar que esta diferenciação maior proporcionou a base de uma desigualdade maior entre homens e mulheres, dado que tanto os valores dominantes como a base material da vida foram deslocados, junto com a força de trabalho, para a esfera pública do trabalho. Para as mulheres, encarregadas das tarefas domésticas/de reprodução, estabeleceu-se uma contradição entre as atividades de produção (trabalhar fora) e as de reprodução (cuidar de filhos) que é "resolvida" com a aceitação, pelas mulheres, da dupla jornada de trabalho, ou pela substituição da mãe nas tarefas de reprodução, através do serviço doméstico pago ou do uso de infraestrutura social (creches, escolas de tempo integral, etc.).

Nas famílias mais pobres, sem meios próprios ou públicos para substituir a mãe nas suas tarefas domésticas, a sobrevivência se dá numa situação em que algumas necessidades básicas (os cuidados dos filhos menores, por exemplo) são subjugadas a outras necessidades igualmente básicas (a provisão de renda pela mãe) o que confirma uma situação contraditória, socialmente determinada. Nas famílias menos pobres, a entrada da mãe no força de trabalho ajuda a garantir a escolarização dos filhos, e a reprodução de uma situação social relativamente privilegiada. Além disto, a sua maior qualificação permite à mulher desenvolver atividades profissionais que, em si, trazem alguma gratificação.

Desta ótica, o empobrecimento e a urbanização de grandes contingentes da população torna crescentemente necessária a diminuição da prole tanto pela necessidade de participação feminina na força de trabalho, como pelo aumento do custo monetário de sustentação dos filhos. Na medida em que a mulher participa da força de trabalho em atividades fora do lar, perde-se, também, um meio natural de controle da fecundidade: a amamentação exclusiva e, conseqüentemente, o período de amenorréia pós-parto são diminuídos, aumentando a fertilidade potencial da população feminina e a necessidade do uso de métodos artificiais de controle da fecundidade.

No Brasil atual, mesmo com a ocupação de espaços urbanos insalubres e sem infraestrutura, o trabalho remunerado da mãe e a diminuição da fecundidade, a sobrevivência de muitas famílias ainda exige o trabalho remunerado também das crianças menores (Chahad e Cervini 1988). Embora contribua para a sobrevivência imediata, o trabalho dos menores dificulta a sua escolarização e diminui a possibilidade de algum futuro melhor, garantindo a reprodução das desigualdades sociais.

Estas considerações alertam para o fato destes dois indicadores de "modernidade feminina" (o trabalho remunerado e o controle da fecundidade) terem significações extremamente diferenciadas, dependendo da situação socioeconômica da família.

No Brasil atual, sem embargo, alguma versão da ideologia da "mulher moderna" circula pela sociedade, não restrita aos grupos de renda maior. Dados de um estudo de homens nas favelas do Rio, por exemplo, mostram que, para eles, tanto o trabalho remunerado como o controle da fecundidade já fazem parte do papel esperado da mulher (Giffin 1994).

Dada a rapidez desta transformação, as novas expectativas coexistem, ainda que ambigua e contraditoriamente, com os valores mais tradicionais. Internacionalmente, inclusive, tem sido argumentado que, com a AIDS, descobre-se uma antiga desigualdade aparentemente não transformada: apesar da "conquista" feminina da esfera pública, a desigualdade entre o homem e a mulher na sexualidade continua, seu ponto mais dramático sendo visível na questão da violência de gênero, que é, basicamente, violência sexual (ver ex. Giffin 1994a). O homem é definido como o ativo, o que deve saber das coisas sexuais, o que tem mais necessidade da atividade sexual, o que tem mais experiência e mais parceiras, e o que tem, em muitas culturas, a prerrogativa da infidelidade conjugal.

O uso de métodos de controle da fecundidade exige uma disponibilidade sexual consciente e premeditada que contesta o estereótipo de passividade feminina, desafio aparentemente presente, ainda, para as jovens brasileiras atuais. Além disto, novamente devido à rapidez da transição demográfica no Brasil, pode-se postular que a posição atual de muitas mulheres é de que "queriam" e "nao querem" ter mais filhos - no sentido de achar bonita uma família grande, ao mesmo tempo em que suas condições não permitem ter muitos filhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alan Guttmacher Institute, The (AGI). (1994) Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. New York and Washington.

Arruda JM, Rutenberg N, Morris L, Ferraz EA. (1987) Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-infantil e Planejamento Familiar, Brasil 1986. BEMFAM, Rio de Janeiro.

Barbosa RM, Arilha M. (1993) The Brazilian experience with cytotec. Studies in Family Planning; 24(4):236-240.

Barreto T, Campbell OMR, Davies JL, et al. (1992) Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems; Studies in Family Planning; 23(3):159-170.

Barros AA, et al. (1985) Rocinha, mães e vidas; UNICEF, Rio de Janeiro.

Barros JAC. (1991) A medicalização da mulher no Brasil. Em: Wolffers I, Hardon A, Janssen J editores. O marketing da fecundidade. São Paulo: Editora HUCITEC.

BEMFAM. (1990) Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade do Jovem, 1989/90: relatório preliminar, Rio de Janeiro.

BEMFAM. (1994) Nordeste Brasil. Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil. Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste 1991. Rio de Janeiro.

Berquó E. (1987) Sobre a política de planejamento no Brasil; Revista Brasileira de Estudos de População (1):95-103.

Berquó E. (1989) A esterilização feminina no Brasil hoje; in Quando a Paciente é Mulher; Centro Nacional de Direitos da Mulher (CNDM), Brasília.

Boehs AE, Santos EKA, Hasse M, Souza ML.(1983) Aborto provocado: Um estudo epidemiológico descritivo de uma maternidade de Florianópolis, Santa Catarina. Ciência e Cultura; 35(4).

Bruschini C. (1993) Trabalho feminino: trajetória de um tema, perspectivas para o futuro; XVII Encontro anual da ANPOCS, Caxambu.

Carvalho JAM, Wong LR. (1990) La transición de la fecundidad en Brasil: causas y consecuencias. Trabalho apresentado no seminário sobre transição da fecundidade na América Latina, realizado em Buenos Aires, abril.

Cavalcanti M. (1993) Identidade Feminina em mulheres esterilizadas e não-esterilizadas em Angra dos Reis, Tese de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ.

Chahad J, Cervini R. (1988) Crise e infância no Brasil: o impacto das políticas de ajustamento econômico, IPEA/USP/UNICEF, Brasília.

Cocco M, Palu M, Silva E. (1988) Programa de laqueadura: relato de experiência com grupo multiprofissional; Revista Brasileira de Enfermagem 41(1):64-68.

Coelho et al. (1993) Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil; Lancet 341-1261-63.

Costa AM. (1993) O PAISM uma política de assistência integral à Saúde da mulher a ser resgatada. Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo.

Costa SH, Martins IR, Freitas SRS, Pinto CS. (1987) Family planning practice in a low income community. A survey carried out with the support of the World Health Organization. Final Report: WHO, March.

Costa SH, Martins IR, Freitas SRS, Pinto CS. (1990) Family planning practice in a low income community in Rio de Janeiro: 1984-1985. International Family Planning Perspectives;16-22.

Costa SH. (1994) The determinants and health consequences of unsafe abortion in Rio de Janeiro, Brazil. Tese de Doctor of Philosophy, Oxford University.

Desser NA. (1993) Adolescência, Sexualidade, e Culpa; Editora Rosa dos Tempos, UNB, Brasília.

David HP, Pick de Weiss S. (1992) Abortion in the Americas. Em: Reproductive Health in the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization.

Duncan G, Harper C, Ashwell E, Mant D, Buchan H, Jones L. (1990) Termination of pregnancy: Lessons for prevention. British Journal of Family Planning;15:112-117.

Eichenberg Silva L, et al. Projeto agenda. O que mostram os indicadores sobre a pobreza na década perdida. Rio de Janeiro, IPEA, mimeo, s.d.

Faúndes A, Hardy E, Pinotti J. (1989) Commentary on women's reproductive health: means or end? International Journal of Obstetrics and Gynecology (Supplement) 3:115-118.

Faúndes A, Cecatti JG. (1991) A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências das causas, consequências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública 7(2):150-173.

Ferreira CA. (1990) Os efeitos da queda de fecundidade sobre a mortalidade infantil em São Paulo: VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais da ABEP VIII:435-447.

Frejka T. (1985) Induced abortion and fertility; International Family Planning Perspectives II(4):125-127.

Frejka T, Atkin L. (1990) El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina. Salud Pública de México 32(3):276-860.

Giffin K, Lowndes C. (1994) Gênero, Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): uma abordagem relacional; ENSP/FIOCRUZ, mimeo.

Giffin K. (1993) Gênero e especialização na visão de médicos sobre o aborto; XVII encontro anual da ANPOCS, Caxambu.

Giffin K. (1994b) Esfera de reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero; Physis, no prelo.

Giffin K. (1992) A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil; in Leal MC, et al. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento; Hucitec, Rio de Janeiro.

- Giffin K. (1994a) Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde; Cadernos de Saúde Pública 10 (sup.3).
- Goldani AM. (1994) Família e Pobreza no Brasil Metropolitano: um balanço dos anos 80; apresentado no XVIII Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu.
- Guzman JM. (1990) El contexto social del cambio de la fecundidad en América Latina. Trabalho apresentado no seminário sobre transição da fecundidade na América Latina, realizado em Buenos Aires, abril.
- Hass P. (1972) Maternal role incompatibility and fertility in urban Latin America; Journal of Social Issues V.28(2):111-127.
- Hardy E, Rodrigues de Souza T, Osis MJDC, Rodrigues M. (1991) Razões para não usar contracepção entre mulheres do estado de São Paulo; Revista de Reprodução 6(1):21.
- Hardy E. (1988) Avaliação do PAISM no Estado de São Paulo. Campinas: CEMICAMP, mimeo.
- Henshaw S, Morrow E. (1990) Induced abortion. A world review, 1990 supplement. New York: The Alan Guttmacher Institute.
- Hutchinson B. (1964) Induced abortion in Brazilian married women. América Latina, 7(4):21.
- IBGE. (1991) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Volumes 1 & 2 Anticoncepção.
- LaGuardia K. (1990) A 10-year review of maternal mortality in a Municipal Hospital of Rio de Janeiro: a cause for concern. Obstetrics and Gynecology 75:28-32.
- Lassinger K, Janowitz B, Rodrigues C. (1986) Sterilization approval and follow-through in Brazil: a cause for concern; Obstetrics and Gynecology 75:28-32.
- Martins IR, Costa SH, Freitas SR, Pinto CS. (1991) Aborto induzido em mulheres de baixa renda: Dimensão de um problema. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro;7(2):251-266.
- Measham AR. (1976) Self prescription of oral contraceptives in Bogotá, Colombia. Contraception;13(3):333-340.
- Milanesi ML. (1975) O aborto provocado. Estudo retrospectivo em mulheres não-solteiras, de 15 a 49 anos, residentes no distrito de São Paulo, em 1965. Livraria Pioneira Editora. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Ministério da Saúde. (1992) Centro Nacional de Epidemiologia, Dados da Fundação Nacional de Saúde.

- Misago C, Fonseca W, Correia L, Nations, M. (1994) Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in Fortaleza, Northeastern Brazil; Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe; Santa Fé de Bogotá, Colombia.
- Nakamura MSL, Morris L, Janowitz B, Anderson JE, et al. (1980) Contraceptive use and fertility levels in São Paulo State, Brazil. Studies in Family Planning; 11(8):236-246.
- Paiva V. (1994) Prevenção da AIDS num trabalho com adolescentes; A AIDS no Brasil, Relume/Dumará.
- Patarra N. (1990) The contribution of Latin American researchers to the fertility decline in the region. Trabalho apresentado no seminário sobre a transição da fecundidade na América Latina, realizado em Buenos Aires, abril.
- Paxman JM, Rizo A, Brown L, Benson J. (1993) The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America. Studies in Family Planning; 24(4):205-226.
- Penha MVJ. (1991) Política e população: dados sobre um estado de duas caras. Physis 1(1):97-115.
- Pinotti JA, et al. (1986) Identificação de fatores associados à insatisfação após a esterilização cirúrgica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 9(4):304-309.
- Population Reports. (1981) Interrupção da Gravidez, Série F, número 7.
- Potter L, Wright S, Berric D, Suarez P, Pinedo R, Castenedo Z. (1988) Oral contraceptive compliance in rural Colombia: Knowledge of providers. International Family Planning Perspectives; 14(1):27-31.
- Said RV, Leite D. (1985) Anticoncepção em populações de baixa renda: estudo qualitativo de atitudes. Cadernos ABEF, Série Manuais 4.
- Schor N. (1984) Aborto como questão de saúde pública: Estudo de demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações de aborto. Tese de Doctorado. São Paulo.
- Schor N. (1990) Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do estado de São Paulo, Brasil; Revista Saúde Pública, São Paulo, 24(2):144-151.
- Silva LM. (1984) A reprodução e o trabalho da mulher da favela. CEDEPLAR/UFMG.
- Simões CCS, Oliveira LAP. (1988) Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente. Rio de Janeiro: IBGE.

Valladares L, Rangel M. (1993) A região metropolitana do Rio de Janeiro na década de 80: Perfil da população e do mercado de trabalho segundo as PNADS; XVII Encontro da ANPOCS, Caxambu.

Valladares D, Sanchez S, Giffin K. (1987) Mulheres, participação e saúde. Rio de Janeiro: FLASCO/UNICEF.

Van der Tak J. (1974) Abortion research: international experience; D.C. Health.

Weisner M. (1988) Fecundidade y aborto provocado en mujeres Chilenas de setores populares desde la perspectiva de la antropologica medica. Enfoques en Atención Primaria; 3(3).

Welkovic S, Costa CFF, Leite JM. (1991) Características clínicas e epidemiológicas de 494 casos de abortamento. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; 4:162-164.

Xavier IB. (1984) Concepções de homens e mulheres acerca de práticas contraceptivas. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, São Paulo, Anais 4:737-741.

Yazaki LM. (1991) Seminário sobre transição da fecundidade na América Latina (B. Aires, 3-6 abril, 1990); Revista Brasileira de Estudos da População; Campinas 8(1/2).

**A TRANSIÇÃO DA FECUNDIDADE E A VIOLÊNCIA  
CONTRA A MULHER**

**Maria Filomena Gregori**

## RESUMO

Discorrer sobre o impacto da transição da fecundidade, iniciada em meados da década de 60 no Brasil, sobre a violência contra a mulher impõe desafiar alguns problemas. A queda da fecundidade poderia apontar, na aparência, para uma tendência positiva no sentido da liberação das mulheres. A violência ilustra, de maneira cruel, a opressão a que as mulheres ainda estão sujeitas. Uma visão otimista poderia argumentar que, havendo impacto, estaríamos diante da possibilidade de superação no problema das assimetrias entre os sexos de forma a eliminar a violência contra a mulher. Mas é preciso ter cautela. Estabelecer conexões ou uma articulação determinística entre elas arrisca incorrer em simplificações e, em particular, em desconsiderar a complexidade de que se revestem as relações familiares entre homens e mulheres.

Uma das características mais marcantes desde que a violência contra a mulher ganhou visibilidade na década de 80 - através da luta feminista, seguida pelas intervenções no âmbito legal e judiciário e pelos vários estudos realizados - foi a de indicar que a maioria das denúncias das mulheres são relativas a lesões corporais e, na maior parte dos casos, os agressores mantêm relações conjugais com as vítimas. Neste sentido, a parte denunciada da violência contra a mulher no Brasil corresponde a conflitos relativos às relações entre papéis e posições de gênero no interior das famílias. Isto posto, impõe-se um obstáculo a transpor: a maioria dos estudos e dados referentes aos últimos 10 anos não apresenta quantos filhos as denunciadas têm. O objeto deste artigo, portanto, está limitado a ponderar, através das investigações qualitativas sobre relações violentas, em que medida a diminuição da fecundidade tornaria as mulheres menos vulneráveis à violência doméstica.

O primeiro passo consiste em discutir se a queda da fecundidade, tomada isoladamente, significaria uma mudança nos padrões de relacionamento entre os cônjuges. Alguns estudos interessantes sobre as mudanças demográficas, famílias e trajetórias individuais apontam para o fato de que a família no Brasil não deve ser pensada de maneira homogênea mas como algo multifacetado e com múltiplos arranjos, e que, ao tratá-la, convém supor diferenciadores de classe social, de gênero e de idade.

Nessa medida, salienta-se que as alterações demográficas não nos devem conduzir a fáceis constatações ou a uma visão que contraste o modo de vida tradicional ao moderno. E isso porque a adequação entre valores e práticas sociais sempre ocorre de maneira muito desigual, dependendo do contexto em que os agentes sociais estão situados e de uma verdadeira plêiade de significados e de motivações que um mesmo fenômeno pode sugerir. Importante destacar que não se assiste a uma desvalorização da família como instituição, ainda que setores minoritários da sociedade estejam questionando os arranjos mais tradicionais. Assim como, não existem garantias de que essas mudanças revelem sinais efetivos de transformação nas relações de desigualdade entre os gêneros.

Não é possível desconsiderar os avanços conquistados pelas mulheres nas últimas duas décadas: o mercado de trabalho incorporou a mão de obra feminina - ainda que os salários estejam em desvantagem, se comparados aos dos homens; as mulheres estão melhor qualificadas

educacionalmente; a Constituição de 1988 ampliou os nossos direitos e as instituições estão mais sensíveis à problemática de gênero. Contudo, a maioria dos estudos sobre as mulheres constata que elas vivem e se relacionam de maneiras diferentes com o fato de serem oprimidas. O processo de dominação é uma trama difícil de ser deslindada. Exemplo ilustrativo dessa complexidade se apresenta ao focalizarmos o problema da violência doméstica.

A violência doméstica denunciada corresponde a um padrão de relacionamento no qual os conflitos são vividos, incorporando agressões físicas reiteradas, e que implicam a busca, por parte da mulher, de uma ajuda externa para re-equilibrar o convívio cotidiano, tornando-o minimamente suportável. As campanhas contra a violência sofrida pelas mulheres e a existência das Delegacias da Mulher ampliaram a possibilidade das mulheres se defenderem. Mas é muito cedo para afirmar que elas estejam convencidas de que a agressão constitui um crime e que ele é resultado da desigualdade entre os gêneros. Nesse sentido, indagações sobre os aspectos que constituem essas relações de violência merecem ser analisados, sendo crucial admitir que mesmo a violência conjugal - apenas uma das faces do problema mais geral da violência contra a mulher - não corresponde a um perfil homogêneo de mulheres, de homens, ou mesmo das motivações ou conflitos que levam às agressões.

Uma característica presente no meu material de pesquisa referente às mulheres espancadas e atendidas pelo SOS-Mulher de São Paulo nos três primeiros anos da década de 80 é a de que tinham de dois a quatro filhos. Poderia-se afirmar que elas se encontram na faixa da transição da fecundidade. Contudo, é muito mais provável afirmar que se tratava de mulheres casadas ou unidas há nove anos em média, com filhos pequenos. Aí está o problema em destaque. Não é o tamanho da família o que faz a diferença, mas viver determinados conflitos concernentes à administração do cotidiano, da sexualidade e das chances dificultadas de independência que existem quando a mulher conta com filhos em fase de maior dependência.

Ser mãe impõe responsabilidades - às vezes dramáticas, quando se considera a falta de recursos materiais - e altera a configuração de papéis sexuais e as posições de masculinidade e de feminilidade no interior de um casal. É um momento da vida propício à emergência de conflitos - muito embora, a nossa sociedade só saliente o lado prazeroso e as alegrias que traz. As pessoas, muitas vezes, não sabem como lidar com as dificuldades, existindo poucos recursos de assistência e apoio para que elas encontrem soluções. Esse é o caso das mulheres que procuraram o SOS-Mulher.

Para analisar esses casos, do ponto de vista de uma reflexão mais aprofundada, não é possível desconsiderar que a violência ocorre num contexto de relação entre parceiros - de um enlace que, em muitas circunstâncias, é demasiado neurotizante. Não parece profícuo, também, reduzir a violência a um conflito entre valores tradicionais e modernos ou apenas dizer que ela é resultado dos papéis tradicionais ligados à mulher, entre eles: ficar limitada ao lar, ao cuidado com os filhos e a não sentir prazer sexual.

Mas uma indagação se impõe: o que há de comum nesses vários relacionamentos violentos? Eles revelam com intensidade que a agressão é um ato no qual diferentes matizes podem estar

atuando. Ato que se perfaz, num primeiro momento, como uma relação de parceria e que enseja a criação de novos jogos de relacionamento, em que não existe acordo, entendimento ou negociação de decisões. Neles os parceiros se lançam para produzir vitimização, culpabilização, ou ainda para recompor imagens e condutas femininas e masculinas. Também salientam o grau de simbiose a que estão sujeitas suas relações conjugais e familiares: são parceiros - envolvidos por uma gama de sentimentos contrapostos, como amor/ódio - enlaçados por rituais privados que se repetem cotidianamente.

São relações que evidenciam, sobretudo, que o problema principal das questões de gênero está na assimetria entre as partes - a mulher tem sido milenarmente a parte fraca - e não numa condição genérica de opressão. E isso porque a mulher pode estar ocupando posições sociais diferentes, tanto no mundo público como na esfera privada, mas enquanto a assimetria - a diferença que implica uma posição desigual de poder - persistir não só na estruturação social, como nas profundezas dos arranjos simbólicos de que se compõe a nossa cultura, é muito provável que a violência permaneça. Nesse sentido, eventuais efeitos da queda da fecundidade devem ser vistos à luz de mudanças em outras áreas - no campo econômico, político social e cultural.

## A TRANSIÇÃO DA FECUNDIDADE E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Maria Filomena Gregori

Discorrer sobre o impacto da transição da fecundidade, iniciada em meados da década de 60 no Brasil, sobre a violência contra a mulher impõe desafiar alguns problemas. Estes são fenômenos relevantes para pensarmos em temas como a estrutura familiar, as vivências domésticas e as relações entre os gêneros. A queda da fecundidade poderia apontar, na aparência, para uma tendência positiva no sentido da liberação das mulheres. A violência ilustra, de maneira cruel, a opressão a que as mulheres ainda estão sujeitas. Uma visão otimista poderia argumentar que, havendo impacto, estaríamos diante da possibilidade de superação no problema das assimetrias entre os sexos de forma a eliminar a violência contra a mulher. Mas é preciso ter cautela. Estabelecer conexões ou uma articulação determinística entre elas arrisca incorrer em simplificações e, em particular, em desconsiderar a complexidade que se reveste as relações familiares entre homens e mulheres.

Uma das características mais marcantes desde que a violência contra a mulher ganhou visibilidade na década de 80 - através da luta feminista, seguida pelas intervenções no âmbito legal e judiciário e pelos vários estudos realizados - foi a de indicar que a maioria das denúncias das mulheres são relativas a lesões corporais e, na maior parte dos casos, os agressores mantém relações conjugais com as vítimas (CPI da Violência contra a Mulher 1993, Grossi 1994, Saffioti 1994, Musumeci Soares 1994).<sup>1</sup> Neste sentido, a parte denunciada da violência contra a mulher no Brasil corresponde a conflitos relativos às relações entre papéis e posições de gênero no interior das famílias. Isto posto, impõe-se um obstáculo a transpor: os estudos e dados mencionados não apresentam quantos filhos as denunciadas têm. O objeto deste artigo, portanto, está limitado a ponderar, através das investigações qualitativas sobre relações violentas, em que medida a diminuição da fecundidade torna a mulheres menos vulneráveis à violência doméstica. Não pretendo fornecer explicações mas explorar caminhos, questionando hipóteses rápidas.

O primeiro passo consiste em discutir se a queda da fecundidade, tomada isoladamente, significaria uma mudança nos padrões de relacionamento entre os conjuges. Alguns estudos interessantes sobre as mudanças demográficas, famílias e trajetórias individuais (Berquó et al 1990, Goldani 1990, 1994) sugerem questões que desarmam o senso comum. Em especial,

---

<sup>1</sup> Os dados disponíveis sobre violência contra a mulher são recolhidos dos Boletins de Ocorrência registrados nas Delegacias da Mulher. São dados assistemáticos pois registrados sem o menor rigor. Contudo, constituem a única fonte sobre a qual é possível se ter uma noção minimamente representativa desse fenômeno no Brasil. A CPI da Violência contra a Mulher indica que as lesões corporais constituem 60% das denúncias no Rio de Janeiro e 98% em São Paulo; o agressor tem relações conjugais com as vítimas em aproximadamente 70% dos casos nas duas cidades. A PNAD/1988 (pesquisa sobre vitimização) mostra que 77,6% dos agressores são maridos, companheiros, ex-maridos ou ex-companheiros (citado em Soares et al. 1993). Saffioti (1994) cita a publicação da FIBGE - Participação Político-Social 1988 - Justiça e Vitimização, mostrando que "as mulheres são agredidas fisicamente de forma maciça na residência (63% dos agredidos neste local), o que indica a gravidade da violência doméstica, quando se trata da violência contra a mulher"(1994:447).

apontam para o fato de que a família no Brasil não deve ser pensada de maneira homogênea mas como algo multifacetado e com múltiplos arranjos, e que, ao tratá-la, convém supor diferenciadores de classe social, de gênero e de idade. Nessa medida, essas autoras salientam que as alterações demográficas não nos devem conduzir à fáceis constatações ou à uma visão que contraste o modo de vida tradicional ao moderno. E isso porque a adequação entre valores e práticas sociais sempre ocorre de maneira muito desigual, dependendo do contexto em que os agentes sociais estão situados e de uma verdadeira plêiede de significados e de motivações que um mesmo fenômeno pode sugerir.

Goldani afirma que (...) "foi adiando os planos de casamento e a vinda do primeiro filho, deixando de ter mais filhos, divorciando-se ou mesmo migrando para as grandes cidades que a população brasileira tratou de enfrentar a crise dos anos 80" (1994). Assim sendo, a transição da fecundidade, para largos segmentos sociais, teria sido antes de mais nada uma espécie de estratégia para se confrontar com a crise econômica e com a ausência de políticas públicas mais eficientes. Os dados parecem mostrar que são os indivíduos das camadas médias urbanas (e profissionais liberais) aqueles que buscam alternativas aos padrões ditos convencionais, seja evitando os laços institucionalizados, seja buscando posições mais igualitárias em seus relacionamentos. Nesse sentido, fenômenos como a queda do tamanho médio das famílias, a diminuição do crescimento médio anual no número de famílias, a perda da importância relativa do arranjo casal com filhos, o maior peso das famílias monoparentais e o aumento das famílias chefiadas por mulheres ocorrem no interior de processos cujos significados variam enormemente entre os segmentos sociais.

Importante destacar que não se assiste a uma desvalorização da família como instituição, ainda que setores minoritários da sociedade estejam questionando os arranjos mais tradicionais. Assim como não existem garantias de que essas mudanças revelem sinais efetivos de transformação nas relações de desigualdade entre os gêneros. Não é possível desconsiderar os avanços conquistados pelas mulheres nas últimas duas décadas: o mercado de trabalho incorporou a mão de obra feminina - ainda que os salários estejam em desvantagem, se comparados aos dos homens; as mulheres estão melhor qualificadas educacionalmente; a Constituição de 1988 ampliou os nossos direitos e as instituições estão mais sensíveis à problemática de gênero. Contudo, a maioria dos estudos sobre as mulheres constatam que elas vivem e se relacionam de maneiras diferentes com o fato de serem oprimidas. O processo de dominação é uma trama difícil de ser deslindada. Exemplo ilustrativo dessa complexidade se apresenta ao focalizarmos o problema da violência doméstica.

Aspecto intrigante desse problema - verificado por mim quando fiz o estudo com mulheres vítimas de violência conjugal no SOS-Mulher de São Paulo e confirmado pelos estudos sobre as Delegacias de Defesa da Mulher (Gregori 1993, Musumeci Soares 1994) - é o fato da maioria das denunciantes alegar que não era a primeira agressão sofrida e não estar interessada em punir

ou processar seus maridos ou companheiros em vista dos mal-tratos sofridos.<sup>2</sup> Buscam junto às Delegacias apoio das autoridades para que sejam ressarcidas pelas suas perdas morais e, muitas vezes, materiais e que seus maridos se comprometam a deixar de agredí-las. A violência doméstica denunciada corresponde, portanto, a um padrão de relacionamento no qual os conflitos são vividos, incorporando agressões físicas reiteradas, e que implicam a busca, por parte da mulher, de uma ajuda externa para re-equilibrar o convívio cotidiano, tornando-o minimamente suportável. As campanhas contra a violência sofrida pelas mulheres e a existência das Delegacias da Mulher ampliaram a possibilidade delas se defenderem. Mas é muito cedo para afirmar que elas estejam convencidas de que a agressão constitui um crime e que ele é resultado da desigualdade entre os gêneros. Nesse sentido, indagações sobre os aspectos que constituem essas relações de violência merecem ser analisados, sendo crucial admitir que mesmo a violência conjugal - apenas uma das faces do problema mais geral da violência contra a mulher - não corresponde a um perfil homogêneo de mulheres, de homens, ou mesmo das motivações ou conflitos que levam às agressões.

Outra característica presente no meu material de pesquisa<sup>3</sup> é o fato da maioria das mulheres que procuraram o SOS-Mulher, e que sofriam espancamento por parte dos maridos ou companheiros, ter de dois a quatro filhos. Nessa medida, poderia se afirmar que elas estão na faixa da transição da fecundidade. Mas melhor seria dizer que eram mulheres, casadas ou amasiadas há nove anos em média, com filhos pequenos. Aí está, do meu ponto de vista, o problema em destaque. Não é o tamanho da família o que faz a diferença mas viver determinados conflitos concernentes à administração do cotidiano, da sexualidade e das chances dificultadas de independência que existem quando a mulher conta com filhos em fase de maior dependência. Ser mãe impõe responsabilidades - as vezes dramáticas, quando se considera a falta de recursos materiais - e altera a configuração de papéis sexuais e das posições de masculinidade e feminilidade no interior de um casal. A vinda dos filhos implica uma vida nova, repleta de desafios, de falta de tempo, de alterações no corpo feminino. É uma vida propícia à emergência de conflitos - muito embora, a nossa sociedade só saliente o lado prazeroso e as alegrias que esse momento traz. As pessoas encontram dificuldades, muitas vezes, não sabem como lidar com elas e existem poucos recursos de assistência e apoio para que elas encontrem soluções. Não é de se espantar, portanto, que a maioria das mulheres que procuraram o SOS estivessem nessa faixa - não só pelo fato de sofrerem violência mas em busca de alternativas e conselhos. Contudo, é preciso levar em conta

---

<sup>2</sup> Musumeci Soares (1994) cita o estudo amostral que fizeram no ISER sobre os Boletins de Ocorrência registrados nas Delegacias da Mulher do Rio de Janeiro e indica que 97% das mulheres que registraram queixas contra os seus maridos ou companheiros, alegaram não ser a primeira agressão. Sugere, também, que a maioria dos casos - não apresentou dados quantitativos - não foram transformados em processos judiciais. Tive essa mesma impressão quando acompanhei o trabalho da primeira Delegacia da Mulher de São Paulo - era, inclusive, algo bastante enfatizado pelas várias funcionárias da Delegacia.

<sup>3</sup> Fiz pesquisa durante um ano e meio (1982 até meados de 1983) no SOS-Mulher de São Paulo, tendo atendido uma média de oito mulheres por dia, duas vezes por semana. Recolhi, pois, um conjunto considerável de depoimentos sobre mulheres espancadas pelos maridos ou companheiros (98% dos casos atendidos pela entidade correspondiam aos espancamentos domésticos) e analisei as fichas de atendimento. Depois, fiz 13 entrevistas em profundidade, escolhidas à dedo, em função do conjunto de depoimentos que tinha à disposição.

uma ponderação: as mulheres que estão envolvidas em relações violentas são minoria. E isso conduz à necessidade de uma reflexão mais apurada sobre os aspectos que constituem a natureza das relações violentas.

Nessa perspectiva, apresento dois casos de mulheres que eu entrevistei. O problema que esses casos ilustram diz respeito à rotinização da violência, ou melhor, como as agressões vão fazendo parte do cotidiano e que papel desempenham no relacionamento entre parceiros. São casos exemplares, não no sentido de serem representativos, mas por revelarem alguns aspectos que eu considero fundamentais para se compreender o fenômeno.

Julia tem 26 anos, é costureira, casada há oito anos e tem quatro filhos. Seu marido tem 31 anos e é serralheiro. Ela teve que começar a trabalhar para ajudar no orçamento familiar, embora preferisse ficar em casa e educar os filhos. Durante a semana conta com a ajuda de uma menina que cuida das crianças. No sábado, trabalha e o marido toma conta delas. Brigam por causa dos filhos e nas brigas ela é espancada.

Regina tem 40 anos, é dentista, foi casada duas vezes. Do primeiro casamento, que durou cerca de cinco anos, teve dois filhos. Do segundo, que não durou mais que dois anos, um filho. O primeiro marido não estudou, trabalhava esporadicamente, e nunca brigaram fisicamente. O segundo marido é médico, a grande paixão de sua vida. A união com ele foi violenta, tendo sido espancada durante o tempo que viveram juntos.

#### CENAS

- Julia chega em casa do trabalho. Tarde de sábado. O marido ficou tomando conta das crianças. Na cabeça de Julia: "O bebê vai começar a chorar... ele já devia ter dado a chupeta pro nenê dormir". A criança não está chorando, ainda. Julia pergunta: "Cadê a chupeta?" O marido: "No berço". Já está nervosa. Não acha, procura pelos cantos da casa de poucos cômodos e nada... Julia: "Você perdeu a chupeta"... E ele: "Não, está no berço". Ela dá um berro, procura um pouco mais, volta para o berço e encontra a chupeta. E ele: "Você devia procurar direito, antes de berrar"... E ela: "Vai a puta que te pariu". E tudo começa.
- Regina assiste a um programa de TV. Yoko Ono recita um poema. Regina: "Eu acho a Yoko uma verdadeira poetisa". O marido: "Ela é uma puta". Regina: "Eu não vou pelo que dizem as revistas. Se tem uma coisa que me irrita é isso de ir pelo que os outros dizem. Eu acho o Gilberto Gil um grande músico, um grande poeta e não tem nada a ver não gostar do que ele faz porque dizem que ele é bicha". O marido: "Você só gosta disso... Yoko Ono... Malu Mulher... essas putas". E ela: "Você vai pelo que os outros dizem... qual o problema de gostar delas?" E ele: "Vai ver que você também é uma puta". Regina: "Você que é um puta ignorante e preconceituoso". E tudo começa.

Cenas de briga. Uma entre tantas na vida desses casais. Quando esse "tudo começa" ..., as réplicas verbais continuam com os xingamentos e tapas, pontapés, arranhões etc. Ao lê-las, temos a impressão de que os motivos iniciais da briga parecem se perder. Julia está nervosa, brava de ter que fazer algo que cabe ao marido - do seu ponto de vista: trabalhar para trazer dinheiro para casa ou cuidar direito dos filhos. Regina tem todo o direito de gostar de Yoko Ono e seu marido é machista. Mas existe algo que perpassa essas cenas além do conteúdo das réplicas, além do motivo da briga. Ter de procurar a chupeta, dizer que gosta da Yoko são a origem de um diálogo conflitivo. Parecem falar disso, para falarem de outra coisa: a irresponsabilidade do marido de Julia, o machismo do de Regina. E da parte dos maridos: querer tudo ao seu modo, como Julia; identificar-se com mulheres liberadas, como Regina. Eles não estão buscando o entendimento ou discutindo para que a vida conjugal transcorra segundo novas disposições. O objetivo de fazer a cena é dar a última palavra. Cada um dos parceiros, ao seu modo, tem como horizonte da cena dizer algo que faça o outro se calar. Esse é o único sentido para o qual a cena verbal avança. O acordo final é impossível. Entra em cena a agressão física.

Caso de Julia: ela xinga "vai a puta que te pariu". Não é um xingamento qualquer. Para ela: "Xingar a mãe é a coisa mais séria (...) toda a vez que eu xingo a mãe, o show se arma..." Ela busca a "última palavra", pois estimulando a agressão física, sai do lugar que ocupava na cena e introduz uma outra cena em que ocupará outro lugar. E vice-versa para o marido. No segundo momento, ela vai apanhar e o marido vai bater. Neste, ela sairá como vítima e o marido como agressor. Um perverso jogo de feminilidade e de masculinidade, ou melhor de imagens que desenham papéis de mulher e de homem em relações de intimidade. De um certo modo, ser vítima significa aderir a uma imagem de mulher. Julia se vê diante de uma situação que considera desordenada, ou em seus termos "errada". O salário do marido não suporta os gastos familiares. Falta a ele, segundo ela, "ambição, caráter de vencer na vida e trazer mais dinheiro para a família". Ela tem que trabalhar fora. O certo, para ela, seria ficar em casa e cuidar dos filhos. E tem mais: essa "mania" do marido de interferir no jeito como ela cria os filhos (este quem define é a mulher, a mãe). No que ele deveria fazer para cumprir o seu papel de homem da casa - prover o sustento da família - ele falha. E essa falha implica que ela falhe também, como mãe. A agressão física pode estar significando, neste caso, uma forma - extremamente perversa - de recuperar imagens do feminino e do masculino: Julia sai como vítima/passiva da agressão; seu marido sai como o agressor/ativo. O que estava desordenado, parece, em parte, ter se recuperado. Ainda mais porque o marido sai de casa, volta arrependido e promete que a vida familiar vai mudar.

O que esse caso parece estar mostrando é como na nossa cultura é forte a associação da imagem do feminino com a passividade, e com poder se tornar vítima; assim como, a associação da imagem do masculino com a atividade, e com ser alguém que pode ser agressivo. Julia trabalha fora e, esse fato tomado isoladamente, não conseguiu alterar a articulação entre esses conteúdos culturais. Poderiam argumentar que o caso dela é especial pois ela não deseja trabalhar, ou mesmo ampliar suas chances de independência e de liberdade. Contudo, essa solução não satisfaz inteiramente. Mesmo para as mulheres que questionam os "tradicionalismos", estou convencida que essas associações tem vigor. Vejamos como:

Caso de Regina: ela lança os primeiros dados no jogo. Elogiar Yoko Ono introduz a cena. A réplica virá e ela tem consciência disso. Sabe de longe e de longa data as opiniões do marido com relação às mulheres "liberadas". Mas ela joga. A cena desenrola um jogo de espelhamentos - se gosta de Yoko é porque é puta; se diz que Yoko é puta é porque é ignorante; os dois apresentam opiniões simetricamente opostas e posições de luta, um acusa o outro. Regina e o marido buscam na cena o confronto. Qual o sentido dessa "luta"? Regina e o marido conflitam em relação aos padrões de conduta: o marido defende o "tradicional"; Regina está em busca do "moderno". As relações sexuais dos dois, contudo, são excelentes. Nelas, os parceiros soltam suas fantasias eróticas, buscam o prazer um do outro etc. Observação: nessas relações não ocorrem agressões. Seria exagerado afirmar que as cenas e agressões já fazem parte do jogo sexual. No entanto, há entre esses episódios uma relação, um sentido que os perpassa. Tentar analisá-lo é de fundamental importância por abrir a possibilidade de se pensar a relação entre a violência e um certo tipo de exercício da sexualidade.

Para Bataille (1987), o erotismo exige um movimento de ruptura que prepare os corpos para o prazer. A nudez, o uso de palavrões, ou cenas de violência são canais que levam à violação ou transgressão de tudo aquilo que constitui o estado normal dos parceiros. São formas emblemáticas para o erotismo porque levam a um estado em que os envolvidos não são mais parceiros, mas seres em uma espécie de fusão, em que suas individualidades foram dissolvidas. No caso de Regina e do marido, a cena abre deliberadamente para a obscenidade, os xingamentos e os tapas no corpo de Regina. A "violação" do corpo dela significa: ela não mais se pertence. Essa é uma ruptura que prepara outro movimento em que os dois se ligam - agora, em acordo, na busca de prazer. A passagem de um para outro momento é confusa, mas apreensível: a agressão, ao acentuar o confronto, prepara a formação de um novo tipo de enlace no qual as diferenças entre os dois convergirão para estimular o prazer - há passagem de um estado de divergência para um de convergência.

Essa análise não sugere que a sexualidade tenha que ser exercitada, seguindo necessariamente esses movimentos do erotismo. Ou mesmo que o erotismo se reduza a esse gênero de fusão, como indicado por Bataille. Contudo, é inegável que o reino da sexualidade é composto por simbologias e signos que dizem respeito às configurações culturais específicas. Deste modo, aqui também existem imagens vigorosas do que é feminino, do que é masculino, do que é passivo e do que é ativo, do que pode ser intercambiado entre parceiros, de uma certa representação de que a paixão é "fusão", descontrole, "conceder tudo" etc. Essa análise também não deve levar à conclusão de que, ao exercitar esse tipo de jogo sexual, Regina deva ser acusada como cúmplice da violência de que foi vítima. Sua experiência foi tremendamente angustiante, levando-a, inclusive, a tentar o suicídio. O que o caso dela nos ensina é que a violência contra a mulher em contextos de intimidade deve ser problematizada não deixando de considerar que a sexualidade é uma experiência que joga com conteúdos culturais e que, muitas vezes, eles se combinam de modo contraditório. Regina de fato busca ser uma mulher "liberada", mas também pode sentir prazer com um homem que parece ser mais masculino quanto mais demonstrar sua força.

Se é importante pensar nesse aspecto da sexualidade, existem outros que também se evidenciam nos depoimentos das mulheres que sofrem violência. Muitas delas se queixam de que seus maridos as desrespeitam, que não sentem prazer ou mesmo os casos de mulheres que são espancadas na gravidez. São casos que mereceriam melhor exame, mas indicam que o terreno da sexualidade abre conflitos, as vezes, mais complicados do que as discordâncias na administração do cotidiano e na divisão sexual das tarefas domésticas. E que, assim como é insatisfatório, do ponto de vista de uma reflexão mais aprofundada, desconsiderar que a violência ocorre num contexto de relação entre parceiros - de um enlace que, em muitas circunstâncias, é preciso reconhecer que as mulheres provocam ou não evitam a agressão - , não parece profícuo generalizar o argumento de que a violência se deve a um conflito entre valores tradicionais e modernos ou apenas dizer que ela é resultado dos papéis tradicionais ligados à mulher, entre eles: ficar limitada ao lar, ao cuidado com os filhos e a não sentir prazer sexual.

Mas uma indagação se impõe: o que há de comum nesses vários relacionamentos violentos? Eles revelam com intensidade que a agressão funciona como uma espécie de ato de comunicação, no qual diferentes matizes podem estar atuando. Ato de comunicação que se perfaz, num primeiro momento, como uma relação de parceria e que enseja a criação de novos jogos de relacionamento, em que não existe acordo, entendimento ou negociação de decisões. Neles os parceiros se lançam para produzir vitimização, culpabilização, ou ainda para recompor imagens e condutas femininas e masculinas. Também salientam o grau de simbiose a que estão sujeitas suas relações conjugais e familiares: são parceiros - envolvidos por uma gama de sentimentos contrapostos, como amor/ódio, - enlaçados por rituais privados que se repetem cotidianamente. Essa ritualização (cenas-agressão) tem por efeito rotinizar gestos e ações de extrema violência.

São relações que evidenciam, sobretudo, que o problema principal das questões de gênero está na assimetria entre as partes - a mulher tem sido milenarmente a parte fraca - e não numa condição genérica de opressão. E isso porque, como eu tentei mostrar, a mulher pode estar ocupando posições sociais diferentes, tanto no mundo público como na esfera privada, mas enquanto a assimetria - a diferença que implica uma posição desigual de poder - persistir não só na estruturação social, como nas profundezas dos arranjos simbólicos de que se compõe a nossa cultura, é muito provável que a violência permaneça. Nesse sentido, em tese, a queda da fecundidade, se não estiver acompanhada de mudanças em outras áreas - no campo econômico, político, social e cultural -, não trará os efeitos desejados.

Para finalizar, valeria algumas breves colocações sobre esse problema das mudanças. Em particular, das mudanças culturais. Os papéis de gênero devem ser abordados, como já sugeri e vale repetir, sem elaborar uma dicotomia que opõe, de maneira fixa, os padrões “tradicionais” aos padrões “modernos”. Existem padrões legitimados socialmente; entretanto, é impossível tentar definir todos os aspectos que os constituem e, assim, classificar rigidamente condutas “velhas” e condutas “novas”. Os padrões são construções, imagens, referências que as pessoas dispõem de maneira particular em suas relações concretas com o mundo. Desse modo, quando um homem lava a louça ou troca a fralda da criança, ele pode não gostar e se ressentir de sua mulher atuar no mundo público. Quando a mulher trabalha e considera importante a participação feminina fora da esfera privada, ela pode, também, não gostar que seu marido interfira na forma

pela qual ela gerencia a vida doméstica. Porque os padrões são referências não totalmente impositivas, as relações de gênero, por exemplo, são sempre conflituosas. No entanto, é equivocado afirmar que a relação homem/mulher é uma luta em que cada soldado se encontra atrás de uma trincheira, atirando e se defendendo. É sim uma luta sem tiros - os tiros e agressões são a exceção, não a regra -, repleta de investidas, competições e, principalmente, negociações.

Nesse sentido, é necessário assumir que a cultura é mais um mapa do que um conjunto de prescrições impositivas. Mapa este que orienta as pessoas e faz com que combinem as prescrições em suas relações concretas com outras pessoas e com o mundo. Desse modo, convém admitir que as culturas mudam, as vezes, de forma lenta mas sempre a partir de arranjos muito dinâmicos e surpreendentes. A tendência, portanto, vai no sentido de um maior questionamento das assimetrias se as mulheres e homens estiverem convencidos que a igualdade de oportunidades implica reconhecer diferenças sem admitir desigualdades de força e de poder.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Bataille G. (1987) O Erotismo. Porto Alegre, L&PM.

Berquó E, Oliveira MC, Cavenaghi SM. (1990) Os Arranjos Familiares 'Não-Canônicos' no Brasil. IN: Anais VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Vol.1. ABEP.

CPI da Violência contra a Mulher. (1993) Brasília.

Goldani AM. (1990) Família, Trajetórias Individuais e Mudanças Demográficas. IN: Anais VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Vol.1. ABEP.

Goldani AM. (1994) Retratos de Família em Tempos de Crise. IN: Estudos Feministas. N. Especial. CIEC/ECO/UFRJ. Rio de Janeiro.

Gregori MF. (1993) Cenas e Queixas - um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Paz e Terra/ANPOCS. São Paulo.

Grossi M. (1994) Novas / Velhas Violências contra a Mulher no Brasil. IN: Estudos Feminista. N. Especial CIEC/ECO/UFRJ. Rio de Janeiro.

Musumeci Soares B. (1994) Delegacia de Atendimento à mulher: questão de gênero, número e grau. Mímeo apresentado no XVIII Encontro Anual da Anpocs. Caxambú.

Saffioti HIB. (1994) Violência de Gênero no Brasil Atual. IN: Estudos Feministas. N. Especial. CIEC/ECO/UFRJ. Rio de Janeiro.

Soares LE (coord), Musumeci Soares B, Muniz J, Carneiro LP. (1993) *Violência contra a Mulher: Levantamento e Análise de Dados sobre o Rio de Janeiro em contraste com as Informações Nacionais*. Núcleo de Pesquisa, ISER. Rio de Janeiro.

**FECUNDIDADE, EDUCAÇÃO INFANTIL E GÊNERO**

**Fúlvia Rosemberg**

## RESUMO

Este texto tem por objetivo chamar a atenção sobre a trama complexa do impacto da queda da fecundidade na educação, privilegiando a educação infantil tanto na perspectiva das crianças acolhidas em creches e pré-escolas, quanto das mulheres que aí trabalham como profissionais.

O argumento de pano de fundo é questionar análises que evocam uma relação linear entre diminuição da população infantil e necessidades em políticas sociais, sem levar em consideração a re-significação atribuída à infância em contextos sociais que evidenciam quedas em taxas de natalidade e de mortalidade infantil.

Um fenômeno característico das sociedades contemporâneas urbanas é a expansão da educação infantil em equipamentos coletivos evidenciando uma busca, por parte das famílias, de cuidado e educação dos filhos compartilhados com outras instituições sociais.

A literatura especializada tem procurado entender esta expansão através de alterações contemporâneas nas relações de gênero (nos planos público e privado) e nas representações sobre criança pequena, agora percebida como ser competente, capaz de complexas interações sociais desde muito cedo. Assim, ao invés de se conceber este compartilhar da educação/cuidado da criança pequena como uma atitude “abandonante” da família, há evidências que se trata de uma estratégia de fortalecimento dos laços afetivos familiares neste novo contexto social.

Os estudos de Le Vine (1983) sobre as diferenças de socialização da criança pequena em sociedades agrárias (com altas taxas de mortalidade infantil e fecundidade) e em sociedades urbanas (com pequenas taxas de mortalidade infantil e fecundidade) fornecem sustentação no âmbito da vida psíquica: creches e pré-escolas constituem instituições necessárias aos pais contemporâneos que intensificam os investimentos afetivos nas crianças, ao mesmo tempo em que constituem ambientes capazes de sustentar a individualidade das crianças e possibilitar o convívio com coetâneos, controlando tendências centrípetas.

Apesar de se observar uma tendência à universalização da educação infantil, esta saída da criança pequena do espaço doméstico ocorre sob controle: é complementar e não substituta da família; muitas vezes reflete, reproduz e cria subalternidades de classe, raça e gênero em contexto público.

A qualidade do atendimento está intimamente associada à riqueza; pior nos países pobres e pior para populações pobres em todos os países. Em países multi-raciais, como o Brasil, a educação infantil pode se constituir em agente de discriminação de crianças pobres e negras: tem sido observado um número expressivo de crianças negras nordestinas frequentando a pré-escola em idade que, legalmente, deveriam estar no primeiro grau (Rosemberg 1991).

Isto ocorre porque foi difundido e implementado, em países do Terceiro Mundo, um modelo de educação infantil barato, não-formal apoiando-se no trabalho sub-remunerado de mulheres com baixo nível de escolaridade.

Apesar da perspectiva de a educação infantil constituir-se em instrumento de modificação das relações de gênero, observa-se que constitui uma das instituições que mais intensamente segrega os sexos, constituindo, muitas vezes, espaços públicos de confinamento de mulheres e crianças.

Voltando, portanto, às implicações no plano das políticas sociais sobre a queda de fecundidade e seu impacto na educação, planejadores devem estar atentos: a este novo investimento social e afetivo na infância e ao impacto perverso de uma expansão da educação infantil sem os recursos necessários; que a educação infantil não constitua uma socialização precoce para a subalternidade; a necessidade de investimentos na educação e profissionalização das trabalhadoras em educação infantil, principalmente nos países do Terceiro Mundo, para contornarem-se os efeitos perversos na vida das crianças e mulheres.

## FECUNDIDADE, EDUCAÇÃO INFANTIL E GÊNERO

Fúlvia Rosemberg

Este texto tem por objetivo chamar a atenção sobre a trama complexa do impacto da queda de fecundidade no campo da educação. Se o impacto na vida das mulheres será o ponto de chegada, privilegiei como ponto de partida a educação infantil: aquela oferecida a crianças pequenas antes do início da escolaridade obrigatória.

Neste sentido, retomo e aprofundo um diálogo que já iniciara com os demógrafos em 1989 quando assinalava: "o histórico das políticas públicas para a educação - ou em sentido mais amplo, do atendimento de crianças pequenas - tem me mostrado que o pecado maior é o de não prever" (Rosemberg 1989).

Se optei por retomar e aprofundar esse diálogo é porque considero que a previsão de políticas públicas a partir da nova configuração demográfica brasileira tem sido, por vezes, simplificadora. Tomo como exemplo algumas previsões publicadas no recente (e importante) estudo do SEADE, **A Fecundidade da Mulher Paulista** (Informe Demográfico 1994).

*"Essa retração do número absoluto de nascimento vai ter rebatimentos em múltiplas esferas da vida coletiva no Estado [de São Paulo], atingindo tanto as instâncias responsáveis pela elaboração e implementação de políticas públicas, como o setor privado. Deduz-se daí uma segunda consequência da queda de fecundidade. A redução da população infantil e nas primeiras idades tende a acarretar uma queda no consumo de produtos destinados à primeira infância, que pode afetar toda a atividade industrial voltada para esses pequenos consumidores. Isto aconteceu de modo muito acentuado na Inglaterra, na sua transição demográfica. Lá foi necessário reduzir a produção de berços, fraldas, brinquedos, etc." (Costa 1994:4)... "As políticas dirigidas à infância seriam facilitadas nos próximos anos, pois o número absoluto de crianças tenderá a diminuir. O mesmo ocorrerá com respeito à população infantil e juvenil sujeita à escolarização"* (Campanário 1994).

Atentando para o que vem ocorrendo em outros países do mundo, e mesmo no Brasil, considero tais previsões inadequadas na medida em que se baseiam em modelo teórico no qual os eventos demográficos são analisados como eventos individuais e não como eventos que ocorrem no seio da família (Berquó 1990), desconsiderando a trama complexa de representações e relações intergeracionais e intrageracionais.

Discutir o impacto da queda de fecundidade na educação das crianças tendo a família como unidade de contexto significa refletir não apenas sobre as implicações na vida infantil da nova composição familiar (por exemplo tamanho e idade da fratria; idade e presença de ambos os pais e avós) mas, principalmente, na mudança do olhar: o foco não mais se dirige para uma criança genérica, mas para o(a) filho(a) pequeno(a), objeto de investimentos parentais e sociais de diversas naturezas.

Assumindo, então, esta perspectiva analítica, e com base em bibliografia internacional<sup>1</sup> e brasileira, discutirei o impacto da queda de fecundidade na educação infantil focalizando-o através de mudanças no valor atribuído à criança e na composição familiar.

## **A Expansão da Educação Infantil**

Em ritmo crescente, principalmente depois dos anos 60, a educação e o cuidado da criança pequena vem ocorrendo também fora do espaço doméstico e do convívio familiar: um número cada vez maior de crianças vem compartilhando experiências educacionais com coetâneos, sob a responsabilidade de um adulto especialista (quase exclusivamente mulheres), em equipamentos coletivos tais como creches, escolas maternas, pré-escolas ou jardins da infância (Gráfico 1). Assim, a criação do filho pequeno, juntamente com o cuidado dos velhos, constitui, talvez, uma das últimas funções que se desprende, mesmo que parcial e gradativamente, do espaço doméstico e da exclusiva tutela familiar, sem que portanto, a família seja considerada anomicamente insuficiente (Tabela 1).

Neste novo cenário, o bem estar da criança pequena deixa de ser encargo restrito da esfera privada, tornando-se um capítulo das políticas públicas, objeto de reivindicação e negociação entre atores sociais, passível de regulamentação e controle estatais além de normatização científica. Enfim, assistimos, neste século, à "coletivização de práticas anteriormente privadas" (Verret 1979).

Se é verdade que, pelo menos desde o século XVIII, diferentes sociedades já recorriam a instituições complementares à família para o cuidado/educação das crianças pequenas - como as salas de asilo ou as creches -, o século XX, principalmente no seu final, traz novidades: a tendência à universalização da educação em contexto institucional antes da escolaridade compulsória para todos os segmentos sociais e a concepção de que ela constitui um bem, uma conquista, ou um direito, mesmo no caso da creche que, tradicionalmente, era tida apenas como instituição de guarda para o filho da mãe trabalhadora pobre. "Ultimamente tem-se defendido a ideia que a creche, enquanto agência educativa, seja um direito da criança além de o ser para a mulher e que, neste sentido, seja potencialmente destinada a todas as crianças..." (Bondioli 1989).

Por que a família estaria abrindo mão da exclusividade desta função que, no começo do século, era considerada como seu dever natural, a única forma de garantir a sobrevivência física e a sanidade psicológica de sua prole? Duas ordens de determinações interrelacionadas são principalmente mencionadas: modificações nas relações de gênero e na concepção de criança pequena (Plaisance 1986, Bondioli 1989, Cochran 1993), determinações que podem ser consideradas como mediadoras de modificações sociais macro-estruturais, particularmente as demográficas (cf. Cochran 1993).

---

<sup>1</sup> Em especial: Cochran (1993), Girard (1981), Le Vine (1983), Norvez (1990), Rosemberg e Campos (1994), e Tobin et al (1988).

Com efeito, estudos comparativos recentes sobre a evolução das políticas de educação infantil apontam a busca de igualdade entre os gêneros, nos planos público e privado, como um dos motores da expansão da cobertura e da melhoria da qualidade do serviço (Cochran 1993, Lamb 1992).

No plano público, a maior participação das mulheres no mercado de trabalho tem sido uma razão internacionalmente assinalada como propulsora da educação infantil (Cochran 1993, Norvez 1990).<sup>2</sup> Mulheres sempre trabalharam fora, se casavam, eram mães. A novidade contemporânea é que estas atividades não ocorrem sucessivamente mas simultaneamente, fazendo com que um número significativamente alto de mães com filhos pequenos trabalhem fora e que crianças vivam em famílias monoparentais (Moen 1989). Daí a necessidade de se expandirem formas alternativas e complementares à família de cuidado/educação da criança pequena.

Fissuras no antigo ideal de criação do filho centrado na díade são também evidentes. Os movimentos de liberação da mulher questionaram o exercício da maternidade como o único destino feminino. Assim, a reivindicação pela descriminalização/legalização do aborto, a expressão de anseios de realização individual fora do lar, o chamamento do homem para o exercício da paternidade são sinais importantes da construção de um novo papel de mulher adulta, no qual "o filho não é só da mulher como a mulher não é só do filho".

A movimentação nesta área foi intensa no plano das ações concretas, reivindicativas e também da produção de conhecimentos. O aumento significativo da oferta de equipamentos coletivos - apesar de insuficientes principalmente para as idades menores (Stock 1988) - e a melhoria da qualidade os tornou atraentes também para filhos de famílias dos estratos mais ricos da população. Equipamentos que, anteriormente, eram principalmente usados por famílias operárias e de pequena classe média, passaram a ser disputados por famílias mais ricas que impuseram novos padrões de qualidade (Plaisance 1986, Stock 1988). A expansão dos equipamentos e a melhoria da qualidade do serviço, por sua vez, tiveram um impacto potencial de favorecer a entrada de outras mulheres no mercado de trabalho (Plaisance 1986).

Esta movimentação no plano das políticas foi acompanhada e suscitou nova produção de conhecimentos, questionando paradigmas da psicologia que associavam, de forma indissolúvel, a maternagem à sanidade mental da humanidade (por exemplo, as pesquisas sobre apego e o freudismo), tendo, entre outros impactos, a revalorização do pai no cuidado do filho pequeno (Amann-Gainotti 1984).

Nas décadas finais deste século assistimos, então, a uma mudança formidável na avaliação dos equipamentos coletivos para a pequena infância: de mal necessário para proteger filhos de famílias anômicas a alternativa para modificar relações de gênero tradicionais, não só porque

---

<sup>2</sup> Esta necessidade também se estende para crianças maiores, em idade escolar, nos países em que a jornada escolar é menor do que a de trabalho dos pais. Observa-se, em alguns países, em especial os Escandinavos, a proliferação de "programas para depois da escola" (Gunnarsson, 1994).

permite à mulher sair de casa, mas porque permitiria romper a reprodução dos afetos básicos da família patriarcal, liberando, deste modo, mãe, pai e filho das armadilhas da triangulação edípica (Olivier 1986).

A educação da criança compartilhada entre casa e pré-escola/creche tem sido um modo de "criação do filho" também cada vez mais usual no Brasil, tanto para famílias ricas quanto pobres, vivendo em regiões mais, ou menos, desenvolvidas. Partindo de patamares extremamente baixos na década de 70, quando a pré-escola atendia apenas a 4% das crianças tendo entre 4 a 6 anos, a expansão do uso/oferta de creches e pré-escolas no Brasil é notável durante a década de 80 de tal modo que, em 1985, 45% das crianças deste mesmo grupo etário residindo nas regiões metropolitanas viviam a experiência de cuidado/educação compartilhados entre a casa e o equipamento coletivo (Fontes: 1970 MEC apud UNESCO 1991, 1985 IBGE, PNAD 85, Veja Gráfico 2).

Além disso, os índices de matrículas em pré-escolas (excluindo-se, portanto, as creches) permitem a construção de curvas paralelamente ascendentes para os sistemas público e particular, evidenciando uma procura/oferta deste equipamento por famílias mais, ou menos, ricas (Gráfico 3).

Evidentemente, tais índices refletem, em parte, a busca de guarda para o filho pequeno do número crescente de mães que passaram a trabalhar fora nas décadas de 70/80: "nos anos setenta (...), as mães de todas as camadas sociais entraram com vigor no mercado de trabalho", inclusive aquelas com filhos menores de 7 anos. Se, em 1970, apenas 13% das mães com um filho até 6 anos de idade trabalhavam fora, esta porcentagem dobrou em 1980 (Bruschini 1989).

Porém, da mesma forma que nos países desenvolvidos, a expansão da procura/oferta de educação extrafamiliar não se explica apenas pelo trabalho materno, pois um número expressivo de crianças pequenas que frequentam creches/pré-escolas são filhas de mães que não trabalham fora, sejam elas mais, ou menos ricas ou instruídas, chefes de domicílio ou cônjuges (Rosemberg 1992). Isto é, a expansão da educação infantil compartilhada também encontra sua razão de ser em nova concepção de infância.

### **Uma Nova Concepção de Infância**

Uma movimentação importante em torno da pequena infância -- de suas necessidades educativas e uma reavaliação de suas competências -- pode também ser observada nesta segunda metade do século XX, que justificaria, mesmo por parte de famílias cujas mães não trabalham fora, a procura de outras instituições para enriquecer a socialização do filho. A nova concepção de educação infantil compartilhada não significa, porém, iniciar mais cedo as aprendizagens escolares das crianças, mas permitir-lhes experiências diversas e favoráveis a seu desenvolvimento psicológico, graças ao aporte de um ambiente educativo especialmente previsto para este fim.

Observa-se, então, que o discurso e a prática sobre educação da criança pequena em instituições coletivas vêm sendo também acompanhados de justificativas centradas em novas necessidades infantis decorrentes da nova configuração social: sociedades urbanizadas com baixas taxas de mortalidade infantil e de natalidade. "É de um novo espaço de vida, compartilhado com outras pessoas - crianças e adultos - que as crianças necessitam. A creche e a escola maternal fornecem os melhores exemplos. A atividade profissional das mulheres jovens não constitui, então, a única razão da demanda de creches, assistentes maternas, ou de classes pré-elementares..." (Norvez 1990).

A relação entre novas necessidades da criança e fenômenos demográficos, em especial taxas de natalidade e fecundidade, tem sido apontada por diferentes autores (Cochran 1993, Girard 1981, Norvez 1990). Porém, foi Le Vine (1983) quem levou estas reflexões mais adiante, ao comparar o desenvolvimento de crianças pequenas vivendo em sociedades agrárias com altas taxas de natalidade e mortalidade infantil ao daquelas vivendo em sociedades urbanas modernas, onde mortalidade infantil e natalidade evidenciam quedas consideráveis.

Le Vine (1983) mostra que nas sociedades de subsistência agrária, as famílias tendem a concentrar energia e recursos para manter as crianças vivas durante o período de maior vulnerabilidade (até os 18 meses aproximadamente) e a evitar, simultaneamente, uma intensa atenção verbal e visual, atenção que, se ocorresse, propiciaria que as crianças se desenvolvessem como seres exigentes no plano emocional. Nas sociedades agrícolas com alta taxa de natalidade, Le Vine evidencia um desinvestimento emocional e econômico por parte dos pais quando a criança atinge os três anos, quando a energia parental se volta para a nova criança recém-nascida. Inversamente, em sociedades com baixa taxa de mortalidade e natalidade, os pais se permitem investir emocionalmente nas crianças do nascimento até a universidade. Nestas sociedades, a criação de filhos exige dos pais intenso trabalho, intenso investimento econômico e de tempo, sendo que, dentre os objetivos parentais, aspectos relativos à qualidade do desenvolvimento substituem o número de filhos (Le Vine 1983).<sup>3</sup>

É neste contexto que Le Vine situa as demandas de atenção à criança na fase pré-escolar: diferentemente do que ocorre nas sociedades agrícolas com alta taxa de natalidade, nas sociedades urbanas os pais estimulam bastante as crianças pequenas e "isto produz bebês e crianças pequenas mais ativas e menos dóceis, que desenvolvem expectativas de receberem mais atenção durante os anos pré-escolares" (Le Vine 1983).

A educação infantil em instituições especialmente criadas para pré-escolares responderia às novas necessidades infantis: "prover as crianças com níveis de atenção, estimulação e motivação para auto-realização que os pais, em sociedades urbanas contemporâneas de baixa fertilidade e alta competitividade, gostariam que seus filhos dispusessem mas que, eles próprios, não podem

---

<sup>3</sup> No Brasil, Jerusa Vieira Gomes (1988) evidenciou mudanças equivalentes na socialização de crianças de famílias pobres - passagem da ênfase na autonomia para a limpeza - quando da migração de meio rural para urbano. Obs.: Os textos de Le Vine não estão disponíveis no Brasil. São referências e análises emprestadas de Tobin et al (1989).

prover. Ao mesmo tempo, a educação infantil necessita balancear os efeitos socialmente centrífugos decorrentes da ênfase na realização pessoal e no individualismo com uma estratégia socialmente centrípeta para encorajar o altruísmo" (Tobin 1989).<sup>4</sup>

Instituições de educação infantil passam a ser consideradas necessárias para facilitar interações sociais entre companheiros de idade. Tendo um menor número de irmãos (ou nenhum) e reclusas em apartamentos de cidades-dormitório, as crianças pequenas necessitariam de novos espaços de sociabilidade oferecidos por creches, escolas maternas ou jardins da infância (Bondioli 1989).<sup>5</sup>

Poucas pesquisas apoiadas em metodologias qualitativas foram realizadas no Brasil procurando captar representações ou motivações quanto às novas necessidades de guarda/educação dos filhos pequenos. Apesar de baseadas em pequenas amostras, orientadas por enfoques teóricos e ideológicos diversos, as observações evidenciam, também no Brasil, uma tendência, mais marcante nos estratos médios - mas presente também nas camadas populares -, de procura não apenas por equipamentos de guarda mas também de socialização compartilhada (Lovisol 1987, Mattioli 1988).

Olga Mattioli (1988) entrevistou mães de classe média morando em Assis, cidade de porte médio do interior paulista, cujos filhos freqüentavam a escola maternal. Na fala destas mães foi quase unânime considerar a escola um local mais adequado para a criança do que a casa, por três razões principais: o maternal ofereceria melhores condições físicas (espaços) que a casa; no maternal o filho encontraria crianças da mesma idade; a professora de maternal, disposta de conhecimentos especializados, seria alguém confiável para se dividir a "criação" do filho.

Hugo Lovisol (1987) deparou-se com fala muito semelhante entre mães das camadas populares cujos filhos freqüentavam creches conveniadas no Rio de Janeiro. O saber da creche sobre o modo de socialização da criança pequena impregna a concepção familiar sobre a pequena infância e suas necessidades: "a partir da experiência da creche, o brincar da casa, e mesmo o da rua, deixa de ser valorizado". Assim, retrospectivamente, as mães emitem o juízo de que em casa "não há outras crianças pequenas - da mesma idade -, os espaços são inseguros ou demasiadamente pequenos. (...) Assim, o brincar assume novas características - não é qualquer brincar -; é um brincar olhado, com um grupo da mesma idade, num espaço seguro e minimamente amplo" (Lovisol 1987).

---

<sup>4</sup> Esta preocupação é especialmente evidente da China cujo programa de controle de natalidade redundou em expressivo número de filhos únicos. Seja no plano da educação infantil extra doméstica (Tobin et al, 1989) ou familiar (Lin Chong-De, 1988) há uma forte preocupação com o desenvolvimento moral das crianças procurando evitar que fiquem "mimadas".

<sup>5</sup> De um modo geral, observa-se que a expansão do atendimento ocorre principalmente em áreas urbanas, sendo que as populações rurais têm pouco ou nenhum acesso à educação infantil. Além das diferenças de acesso às políticas sociais pode-se, também, sugerir para entender esta desigualdade, o impacto de padrões culturais diversos, como aponta Le Vine (1983).

Esta concepção de criança pequena, inclusive bebê, como um ser social, vem penetrando a psicologia nas últimas décadas, que passa a construir uma nova imagem de sociabilidade infantil. Em processo de reforçamento mútuo, a expansão de equipamentos coletivos de qualidade permitiu a observação de crianças normais em interação precoce, que modificou a concepção da pequena infância em psicologia (o bebê é um ser competente e social), que, por sua vez, reforçou a necessidade de organização de espaços onde a criança pudesse desenvolver sua competência e sociabilidade. Este "processo de 'vai e vem' (...) entre pesquisa e creche contribuiu para legitimar e difundir novas imagens da primeiríssima infância e de suas necessidades (...), para desbancar definitivamente o estereótipo do bebê como ser necessitado apenas de cuidado fisiológico (...), evidenciando quanto é precoce sua capacidade de produzir ações apropriadas, de sustentar e manter trocas significativas com um parceiro adulto, mesmo na ausência de instrumentos refinados de comunicação" (Bandioli & Montovani 1989). De certa maneira, atribuiu-se ao filho pequeno o dom de amar, de ser capaz de responder ao afeto parental, razão primordial, como se tem afirmado, dos casais modernos em sociedades ricas reproduzirem (Neal 1989).<sup>6</sup>

Cria-se uma nova ciência (os franceses batizaram-na de **bébologie**), amplia-se o mercado de trabalho com novos especialistas e instituições para crianças pequenas, altera-se o mercado de consumo com novos produtos para satisfazer as novas necessidades dos pequenos (vestuário, brinquedos, livros, cosméticos, meios de transportes). A diminuição na "produção de fraldas, na Inglaterra da transição demográfica", é altamente compensada pela introdução de novos produtos e serviços necessários ao novo bebê (Veja-se, sobre o tema, em especial o número especial de Autrement 1985).

O sentido atribuído a este novo investimento na educação precoce da criança pequena não é consensual. Em um dos seus últimos escritos, Philippe Ariès (1975) ponderava que a intensa procura por creches, bem como o intenso controle da natalidade nos países europeus, seriam indicadores do fim do reino da infância pós **Ancien Régime**. A educação compartilhada da criança pequena seria, para Ariès (1975) um sinal de que o filho incomoda: "parece-me que a criança hoje incomoda mais que durante os séculos XIV - XX quando ela era a finalidade essencial [da família]." Antoine Prost (1981) reinterpreta esta tendência, resgatando o amor para com o filho pequeno: compartilhando a educação da criança com outra instituição, a família se desencumbiria das "tarefas ingratas", precisamente para preservar uma relação com base no afeto e na ternura. Paradoxalmente, o afastamento do filho pequeno do exclusivo convívio familiar reforçaria padrões de parentalidade na linha do amor para com o filho. "Os pais desejam programas [de educação infantil]" que sejam bons para seus filhos e que respondam a suas próprias necessidades - a necessidade de trabalhar e de continuar sua própria educação, a necessidade de serem bons pais e a necessidade de se envolverem na educação de seus filhos" (Mitchell 1989).

---

<sup>6</sup> Com base em dados coletados em diferentes países, Hoffman (1988) encontrou diferentes atribuições de valor aos filhos. Em países como a Turquia, Indonésia, Filipinas e Tailândia, o principal valor atribuído ao filho era o valor econômico. Nos EUA, as respostas mais freqüentes dos pais quanto às necessidades que os filhos respondiam referiam-se ao amor e a laços afetivos.

Portanto, a tendência contemporânea de saída em massa do filho pequeno de casa parece sugerir, ao invés de uma revolução familiar, uma reorganização das relações entre família e sociedade, "mais uma força atuando no sentido da continuidade cultural que da mudança cultural" (Tobin 1989). Vários indicadores parecem reforçar esta interpretação e que nos fazem abrir as portas do "reino das ambigüidades".<sup>7</sup>

Em primeiro lugar, a não ser em raríssimas exceções - geograficamente localizadas e historicamente delimitadas - a educação/cuidado da criança pequena fora do contexto familiar significa sempre, no século XX, uma solução optativa e complementar à família, não tendo o mesmo caráter compulsório da escolaridade elementar. A criança pequena sai do controle familiar sob controle, pois a família não delega toda a responsabilidade de criação de seus filhos pequenos a outras instituições, da mesma forma que as instituições que acolhem a criança pequena não assumem a responsabilidade de cuidado/educação por inteiro. A família mantém seu direito de olhar que, no plano das instituições, significa também um dever familiar de zelar pelo filho pequeno.

A função apenas complementar dos equipamentos coletivos é tanto mais enfatizada quanto menor a criança e mais longa sua jornada fora do espaço doméstico. Assim, a extensão do atendimento sugere um padrão universalmente constante: inicia-se para as crianças maiores, mais próximas da escola elementar obrigatória, estendendo-se, progressivamente, para crianças menores, até atingir a barreira dos 2 ou 3 anos; mais intenso para atendimento em tempo parcial, menos intenso para atendimento em tempo integral (UNESCO 1991, Stock 1988).

Além disso, o direito e o dever de olhar da família sobre o filho pequeno são reforçados pela prática, quase que universal, de pagamento pelo uso do equipamento creche, instituição que, como se sabe, é a que recebe crianças menores, por uma jornada mais longa, onde o cotidiano mais se aproxima do padrão de "criação". O fato de o pagamento da creche ser habitual em sociedades regidas por diferentes sistemas políticos e de representar uma pequena parcela no custeio real de uma criança sugere tratar-se, principalmente, de uma prática simbólica, reforçando o caráter complementar, e não substituto, do equipamento na educação e no cuidado da criança pequena.

É necessário examinar, ainda, o padrão de universalização da educação infantil. Ele evidencia, tão somente, a tendência a que uma coorte de idade tenha acesso a instituições educacionais e não a que todas as crianças de uma geração tenham acesso à mesma experiência educacional. As famílias de classe média não alienaram sua prerrogativa de zelar por limites de tolerância no convívio promíscuo com outros segmentos sociais. Com exceção de alguns países, que se propuseram como objetivo a diminuição das distâncias sociais entre seus cidadãos, os sistemas de educação pré-escolar apresentam distinções internas que possibilitam, para as famílias e instituições, uma ampla variedade de escolhas e rejeições mútuas. De um modo geral, nos países desenvolvidos e sub-desenvolvidos, os filhos de famílias mais ricas frequentam estabelecimentos

---

<sup>7</sup> Expressão retirada do título da dissertação de mestrado de Olga Mattioli (1988).

de melhor qualidade que os de família mais pobres (Broberg 1992, Rosemberg 1991). Há, também, uma intensa diferença no atendimento pré-escolar entre países ricos e pobres (Rosemberg 1992).

## **A Educação Infantil e a Educação das Mulheres**

A ambigüidade se evidencia quando focalizamos as relações de gênero e a promessa de superação de desigualdades através das fissuras aparentes na díade mãe-filho. Olhando-se para o interior dos equipamentos de educação infantil, observa-se que ocorreu uma migração, para o espaço público, de relações de gênero que ocorriam no espaço privado. "Poucas instituições evidenciam segregação sexual tão intensa quanto a pré-escola" (Tobin 1989).

Com efeito, se o movimento mundial em prol da educação da criança pequena em coletividade indica um abalo na díade mãe-filho, ele reforça a díade criança-mulher. Este reforçamento decorre, não apenas da presença maciça de mulheres enquanto educadoras profissionais desta faixa etária, mas também da utilização, em vários países, do modelo de creche-domiciliar<sup>8</sup> (um grupo de crianças cuidadas na casa de uma mulher adulta) - que se constitui numa forma de trabalho feminino a domicílio -, e da formação desta profissional, muitas vezes em nível inferior à do(a) educador(a) da escola primária, o que acarreta, como consequência, salários inferiores. "As guardiãs das crianças com menos de cinco anos se encontram entre os trabalhadores que, na estrutura social, recebem os salários mais baixos, são menos valorizados, têm o pior status (...), mais se assemelhando a missionários que a profissionais ..." (Finkelstein 1988).

A insuficiência da formação educacional e profissional da educadora de criança pequena, particularmente pronunciada nos países subdesenvolvidos, foi resumida por Mina Swaminathan (1987) na expressão "o mito da habilidade escondida": por natureza, todas as mulheres, por uma condição biologicamente dada, teriam o dom, a habilidade de cuidar e educar crianças pequenas em grupo, sem formação profissional específica, além da socialização informal para desempenhar a maternagem. Esta prática tem sido denunciada como sendo desfavorável tanto para a vida das crianças quanto das mulheres. "Talvez seja o lugar e o momento de assinalar o mal que se faz às mulheres que se ocupam de crianças pequenas em grupo quando, tendo apenas a sua disposição, sua experiência de mãe (...) espera-se que encontrem espontaneamente esta atitude de poder amar estas crianças mantendo, ao mesmo tempo, uma boa distância. Injustiça grave pois, não recebendo uma formação suficiente, elas são colocadas quase que inevitavelmente em situação de fracasso. Situação insuportável, traumatizante mesmo, pois é sua posição materna que é colocada em questão sendo-lhe, além do mais, cobrada" (David 1973).

A composição quase que exclusivamente feminina no quadro de profissionais de creche tem mobilizado intensamente a Comissão Europeia pela Igualdade de Oportunidades que vem elegendo o tema do "homem provedor de cuidado" (*carer*) como objeto de pesquisa e

---

<sup>8</sup> Este programa foi implantado como política nacional na Colômbia com suporte financeiro do Banco Mundial (Arango 1993).

investimentos em políticas públicas. A revalorização desta prestação de serviço, com conseqüente investimento na formação e melhoria do salário, tem constituído proposta dominante no setor (European Commission Childcare Network 1990).

Esta tendência à não profissionalização da educadora de crianças pequenas é mais intensa nos países sub-desenvolvidos, tendo mesmo sido considerada, por organismos internacionais, como alternativa desejável para a expansão do atendimento a baixo custo (Rosemberg 1994c). O modelo de educação infantil proposto por agências intergovernamentais para crianças pobres do terceiro mundo e adotados por vários países, inclusive pelo Brasil (Rosemberg 1992, 1994b), pode ser resumida na expressão: "atendimento pobre para pobre" (Franco 1989). Visando a implantação a baixo custo, os programas baseavam-se no trabalho voluntário (ou quase) de mulheres com pequena qualificação educacional e profissional. Hoje, no Brasil, as estimativas, frágeis mas possíveis de serem elaboradas, sugerem que aproximadamente 1/3 das profissionais de educação infantil não dispõem de uma formação educacional equivalente ao 1º grau completo (Rosemberg 1994a), poucas usufruem de direitos trabalhistas (Lima 1994).

Talvez seja possível sugerir que em partes estes modelos tenham sido propostos e implementados a partir de uma visão mecanicista da "transição demográfica": visavam, antes de tudo, diminuir a mortalidade infantil (através da distribuição de alimentos), movimento que precede o controle de natalidade. No plano dos direitos à educação, estes programas introduziram mais uma frente perversa de desigualdade social: sendo mais baratos que a educação de 1º grau, passaram a albergar um número expressivo de crianças acima dos 7 anos, portanto em idade de freqüentar a escola primária: 43% das crianças negras nordestinas que freqüentam a pré-escola têm entre 7 e 9 anos (Rosemberg 1991) (Tabela 1).<sup>9</sup>

Volto, então, ao qualificativo simplificador das previsões com base na queda de fecundidade observada no Brasil: é possível esperar-se uma demanda intensa de expansão da educação infantil e é desejável um investimento importante na formação educacional e profissional das educadoras. Se não se atentar para a qualidade desse serviço, a aspiração à universalização da educação infantil, como um movimento histórico em prol da infância e das mulheres, enfrenta armadilhas perigosas: orientar crianças, desde muito cedo, para trajetórias educacionais enriquecedoras ou empobrecedoras - risco tanto maior quanto mais pobre for o país; confinar mulheres adultas e crianças, por longas horas diárias, em espaços públicos sem a diversidade de gênero e etária necessária para o desenvolvimento psicológico e profissional.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> A expansão da educação infantil também pode decorrer da pressão de mulheres para ampliação do mercado de trabalho. Sendo um gueto feminino e uma alternativa a trabalhos menos interessantes (serviço doméstico, por exemplo), a criação de creches e pré-escolas não-formais pode, por vezes, resultar mais da pressão destas mulheres que da própria demanda das famílias usuárias.

<sup>10</sup> Agradeço a Maria Malta Campos os comentários a este texto que redundaram na introdução das notas 6 e 9.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann-Gainotti M, et al. (1984) La paternité: nouvelles perspectives de la recherche. Enfance, Paris, n.2, p.121-30.
- Arango M. (1993) Colombia. In: Cochran M. (org). International handbook of child care policies and programs. Westport/London, Greenwood Press, p.107-124.
- Ariès P. (1975) L'enfant: la fin d'un régime. Autrement, Paris, n.3, p.169-71, automne.
- Autrement. (1985) Objectif bébé: Une nouvelle science: La bébologie. Paris, n°72, sept.
- Berquó E. (1990) Demografia da família. In: VII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Anais. Caxambu, ABEP, p.17.
- Bondiolo A, Mantovani S. (1989) Manual crítico dell'asilo nido. Milano: Franco Angeli.
- Broberg AG, Hwang CP. (1992) The shaping of child care policies. In: Lamb ME, et al. (org.) Child care in context: cross-cultural perspective. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, p. 509-22.
- Bruschini C. (1989) Tendência da força de trabalho feminina brasileira nos anos setenta e oitenta: algumas comparações regionais. São Paulo, Fundação Carlos Chagas/DPE, (Textos FCC; 1).
- Campanário P, Yazaki LM. (1994) Aspectos teóricos e empíricos da transição da fecundidade no Estado de São Paulo. Informe Demográfico, São Paulo, n.25, p.77-144.
- Carvalho AMA, Beraldo KEA. (1989) Interação criança-criança: ressurgimento de uma área de pesquisa e suas perspectivas. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n.71, p.55-61, nov.
- Castro, MG. (1990) Importância social das creches comunitárias (o caso do subúrbio ferroviário de Salvador; as crianças e os pais). Salvador, UFBA, (Relatório de Pesquisa).
- Chamboredon JC, Prévot J. (1986) O "ofício de criança": definição social da primeira infância e funções diferenciadas da escola maternal. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n.59, p.31-40, fev.
- Cochran M. (org.) (1993) International handbook on child care policies and programs. Westport/London, Greenwood Press.
- Costa LB. (1994) Implicações sociais da queda da fecundidade. Informe Demográfico, São Paulo, n.25, p.1-10.
- David M, Appell G. (1973) Lóczy ou le maternage insolite. Paris, Scarabée.

- Débarede A. (1985) Au vrai chic layette. Autrement, Paris, n.72, p.204-06, sep.
- European Commission Childcare Network. (1990) Men as carers for children. Report on Childcare Network Technical Seminar. Glasglow, May.
- Finkelstein B. (1988) The revolt against selfishness: women and the dilemmas of professionalism in early childhood education. In: Spodek, Bernard, Saracho, Olivia, Peters, (org.) Professionalism and the early childhood practitioner. New York, Teachers College Press, p.10-28.
- Girard A. (1981) Recul de la mort et maîtrise de la fécondité. Enfance, Paris, n.1-2, p.5-21, jan-mai.
- Gomes JV. (1988) Do campo à cidade: Transformações nas práticas educativas familiares. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n.64, p.48-56, fev.
- Gunnarsson L. (1994) A política de cuidado e educação infantil na Suécia. In: Rosemberg F, Campos MM. (org) Creche e pré-escola no Hemisfério Norte. São Paulo, Cortez/FCC, p. 135-188.
- Hoffman LW. (1988) Cross-cultural differences in child rearing goals. In: Le Vine RA, Miller PM, West MM. (org.) Parental behavior in diverse societies. San Francisco, Jossey-Bass, p.99-122.
- Hurstez F. (1987) La fonction paternelle aujourd'hui: problèmes de théorie et questions d'actualité. Enfance, Paris, n.1-2, p.163-180, 1er-2è trimestres.
- Hwang C, Broberg P, Anders G. (1992) The historical and social context of child care in Sweden. In: Lamb ME, et al. (org.) Child care in context: cross-cultural perspective. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, p.27-54.
- IBGE. (1986) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD - 1985. Rio de Janeiro, IBGE.
- Informe Demográfico. (1994): A fecundidade da mulher paulista. SEADE, São Paulo, nº 25.
- Lamb ME, Sternberg KJ. (1992) Sociocultural perspectives on nonparental child care. In: Lamb ME, et al. (org.) Child care in context: cross-cultural perspective. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, p.1-23.
- Le Vine R. (1983) Fertility and child development: An anthropological approach. In: Wagner D. (org) Child development and international development: research-policy interfaces. San Francisco, Jossey-Bass, p.41-62.

- Lin Chong-D. (1988) Moral development in a changing world. A Chinese perspective. In: Ekberg K & Per e Gil Mjaavatn (org) Growing into a modern world: Proceedings. Trondheim, The Norwegian Centre for Child Research, p.98-109.
- Lovisoló H. (coord.) (1987) O programa de creches na LBA: avaliação no Rio de Janeiro. Convênio MPAS/FLACSO, Rio de Janeiro, (relatório final).
- Mattiolo OC. (1988) No reino da ambigüidade. São Paulo. Dissert. (mestr.) Psicologia Social PUC-S.
- Mitchell A. (1989) Old baggage, new vision: shaping policy for early childhood programs. Phi Delta Kappan, s/n, p.664-72, May.
- Moen P. (1989) Working parents: transformations in gender roles and public policies in Sweden. Madison, The University of Wisconsin Press.
- Neal AG, Groat HT, Wicks JW. (1989) Attitudes about having children: a study of 600 couples in the early years of marriage. Journal of Marriage and the Family, Lincoln, n.51, p.313-328.
- Norvez A. (1990) De la naissance à l'école: santé, modes de garde et préscolarité dans la France contemporaine. Paris, PUF.
- Olivier C. (1986) Os filhos de Jocasta. Porto Alegre, L&PM.
- Plaisance É. (1986) L'enfant, la maternelle, la société. Paris, PUF.
- Prost A. (1981) Histoire générale de l'enseignement e de l'éducation en France. L'école et la famille dans une société en mutation. Paris, Nouvelle Librairie de France; G. U. Labat Edit., (Tomo IV).
- Rosemberg F. (1989) Ano 2000 - Educação da pequena infância. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, vol.3, n.3, p.32-35, jul.-set.
- Rosemberg F. (1991) Raça e educação inicial. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 77, p.25-34, maio.
- Rosemberg F. (1992) A criação de filhos pequenos: tendências e ambigüidades contemporâneas. São Paulo, FCC, (mimeo).
- Rosemberg F, Campos MM. (1994) Creches e pré-escolas no Hemisfério Norte. São Paulo, Cortez/FCC.
- Rosemberg F. (1994a) A formação profissional de educação infantil através de cursos supletivos. São Paulo, FCC, (mimeo).

Rosemberg F. (1994b) A LBA, o Projeto Casulo e a Doutrina de Segurança Nacional. São Paulo, FCC, (mimeo).

Seifert K. (1988) Men in early childhood education. In: Spodek B, Saracho O, Peters DL. (org.) Professionalism and the early childhood practitioner. New York, Teachers College Press, p.105-116.

Stock H. (1988) L'accueil des enfants de moins de trois ans dans différents pays. Enfance, Paris, n.2, p.3-16.

Swaminathan M. (1980) Training programmes for day-care workers: a brief introduction to the training model of mobile creches in India. Paris, UNESCO, (Pre-school education, 14).

Tobin JJ, et al. (1989) Preschool in three cultures: Japan, China, and the United States. New Haven, Yale University Press.

UNESCO. (1991) Rapport mondial sur l'éducation. Paris, UNESCO.

Verret M. (1979) L'espace ouvrier. Paris, Colin.

Yogman M. (1985) La présence du père. Autrement, n° 72, p.140-49, sep.

**TABELA 1**

**Taxas de participação na força de trabalho de mulheres (casadas e solteiras) com filhos menores de 18 anos e de cobertura do atendimento a crianças de até 5 anos (%)**  
**Países selecionados, anos 80**

PAÍS	ANO	MÃES NA FORÇA DE TRABALHO		CRIANÇAS ATENDIDAS EM TEMPO INTEGRAL OU PARCIAL	
		CASADAS	SOLTEIRAS	0-3 ANOS	3-5 ANOS
Alemanha Ocidental	1986	48	70	2	76
Canadá	1988	67	64	12	31 <sup>a</sup>
Dinamarca	1988	87	87	44	85
Estados Unidos	1990	66	66	20	70 <sup>b</sup>
França	1988	66	85	24	95
Grã-Bretanha	1988	59	52	2	43 <sup>c</sup>
Itália	1986	44	45	5	90
Suécia	1988	89 <sup>d</sup>	89 <sup>d</sup>		73 <sup>e</sup>

Fonte: Kamerman, 1991, p. 81, apud Rosemberg, 1994a, p. 39.

<sup>a</sup> Dados para crianças cujas mães trabalham ou estudam pelo menos 20 horas por semana.

<sup>b</sup> Estimativa para 1984-1985, maioria de programas em horário parcial.

<sup>c</sup> Dados para crianças de 3-4 anos, já que o ensino obrigatório começa aos 5 anos.

<sup>d</sup> Dados suecos para mães com filhos menores de 15 anos.

<sup>e</sup> Dados para todas as crianças de 1 a 6 anos (desde o fim da licença parental até o início do ensino obrigatório, aos 7 anos). Dados para atendimento em tempo integral e parcial; a taxa só para tempo integral é 55%.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Margareth Arilha**

Psicóloga formada pela Universidade de São Paulo, com especialização em Psicanálise pelo Instituto Sedes Sapientiae. Fundadora e diretora da organização não-governamental ECOS- Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana, onde desde 1989 trabalha privilegiando o campo da pesquisa em saúde reprodutiva. Nos últimos anos tem se dedicado a investigar diferentes aspectos da vida reprodutiva feminina, em especial sobre o uso de contraceptivos, aborto e tecnologias reprodutivas conceptivas. Integra a equipe brasileira do International Reproductive Rights Research Action Group (IRRRAG)/Universidade de Nova York. Atualmente ela é diretora executiva da Comissão de Cidadania e Reprodução. É membro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e foi conselheira em diversas gestões do Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo (CECF) sempre vinculada à área de saúde da mulher. Participou da Coordenação do 1. e 2. Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, e atualmente coordena o Módulo de Sexualidade deste mesmo projeto, desenvolvido conjuntamente pelo NEPO-Núcleo de Estudos de População da UNICAMP e pelo CEMICAMP.

### **Regina Maria Barbosa**

Formação acadêmica: médica, especialização em Psiquiatria, mestrado em Medicina Social e doutorado em Saúde Coletiva, no Instituto de Medicina Social/UERJ.

Atividade atual: Pesquisadora do Instituto de Medicina Social/UERJ e do Instituto de Saúde/SES- São Paulo e integrante da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Área de atuação: Há aproximadamente 10 anos trabalha nas áreas de pesquisa em comportamento sexual e reprodutivo e de treinamento e capacitação de profissionais de saúde e lideranças comunitárias do movimento de mulheres.

Atualmente, coordena, com o Richard Parker, o Programa de Estudos e Pesquisa em Sexualidade, Gênero e Saúde no IMS/UERJ.

### **Maria Cristina Aranha Bruschini**

É doutora em sociologia pela Universidade de São Paulo e pesquisadora da Fundação Carlos Chagas, em São Paulo, onde desenvolve trabalhos voltados para os temas mulher e relações de gênero, trabalho feminino e família e sociedade. Desde 1978 desenvolve projetos de pesquisa sobre gênero e família, tais como: educação sexual entre jovens; estrutura familiar e vida cotidiana em São Paulo; participação das mulheres na força de trabalho; trabalho informal no

domicílio e outros. É coordenadora do Programa Relações de Gênero na Sociedade Brasileira: programa de incentivo e de formação em pesquisa sobre Mulher e autora dos livros Mulher e trabalho: uma avaliação da década, 1975-1985. São Paulo, Nobel/Conselho Estadual da Condição Feminina, 1985 e Mulher, casa e família: cotidiano nas camadas médias paulistanas. São Paulo. Vértice/Fundação Carlos Chagas, 1990. É organizadora de várias coletâneas, como Sexo e juventude: um programa educacional. São Paulo Cortez, 3a. edição revista e atualizada, 1990, Uma questão de gênero. Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, São Paulo-Rio de Janeiro, 1992, Entre a virtude e o pecado. Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas, São Paulo Rio de Janeiro, 1992, Novos olhares: mulheres e relações de gênero no Brasil. Marco Zero/Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1994 e autora de inúmeros artigos em coletâneas e revistas científicas, entre os quais os mais recentes são: *O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero*. In: Bruschini, Cristina. e Costa, Albertina de O. (orgs.) Uma questão de gênero. Rosa dos Tempos/FCC, São Paulo, 1992, *Desvendando o oculto: família e trabalho domiciliar em São Paulo*. (co-autora). In: Sorj, Bila e Abreu, Alice P. (orgs.) O trabalho invisível: estudos sobre trabalhadores a domicílio no Brasil. Edit. Rio Fundo, IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, 1993, *O trabalho da mulher no Brasil: tendências recentes*. In: Saffioti, Heleieth, Muñoz-Vargas, Mônica (orgs). Mulher Brasileira é assim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/NIPAS, Brasília: UNICEF, 1994, *Trabalho feminino: trajetória de um tema, perspectivas para o futuro*. Revista Estudos Feministas. v. 7, nº 1/94. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ. 1994, *Família, casa e trabalho*. Cadernos de Pesquisa, nº 88, São Paulo: Cortez, fev. 1994 e *O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes*. Revista Estudos Feministas, n. especial/2º sem./94, Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ.

### **Sarah Hawker Costa**

É demógrafa, com Doutorado da Universidade de Oxford, Inglaterra. Desenvolveu a sua tese sobre o tema do aborto induzido no Brasil, focalizando as mulheres internadas com complicações pós-aborto. Trabalhou como pesquisadora e professora na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, onde ensinava demografia e fazia pesquisa no campo de saúde da mulher, incluindo fertilidade, contracepção e aborto. Atualmente é assessora de programas da Fundação Ford, onde coordena a área de Saúde Reprodutiva.

### **Karen Giffin**

É socióloga, com Mestrado e Doutorado da University of Toronto, Canadá. Desenvolveu sua tese de doutorado no tema Mulher e Desenvolvimento a partir de pesquisa realizada na Bahia. Trabalhou no México na Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e, posteriormente, na UNICEF, no Rio de Janeiro. Atualmente, é pesquisadora e professora da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, onde ensina no Mestrado e Doutorado e faz pesquisa no tema Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva.

### **Maria Filomena Gregori**

Tem 35 anos, é professora de Antropologia no Departamento de Antropologia da Universidade Estadual de Campinas, pesquisadora do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), mestre em Ciência Política pela Universidade de São Paulo e está para concluir a sua tese de doutoramento, a ser defendida no Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo. A sua dissertação de mestrado foi referente à violência contra a mulher e, tendo sido premiada como melhor dissertação de mestrado em Ciências Sociais no Brasil em 1989 pela Associação Nacional de Pós Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), foi publicada pela editora Paz e Terra/Anpocs, em 1993, com o título *Cenas e Queixas - um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*.

### **Fúlvia Rosemberg**

Doutora em Psicologia pela Universidade de Paris, é professora titular de Psicologia Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e pesquisadora do Departamento de Pesquisas Educacionais da Fundação Carlos Chagas. Aí, integrou o Coletivo de Mulheres e integra a Equipe de Pesquisas sobre Creche que, desde 1978, vem atuando, através de pesquisas, publicações e intervenções, na melhoria da qualidade do atendimento à criança pequena no país.

Filiando-se à corrente das Teorias de Resistência em Educação, suas pesquisas, cursos e intervenções visam a compreensão e superação das desigualdades educacionais e sociais focalizadas na perspectiva das subordinações de classe, gênero, raça e idade. Sobre esta temática, tem publicado livros, capítulos de livros e artigos no Brasil e no exterior. Foi editora do jornal feminista **Mulherio** e da revista **Cadernos de Pesquisa** da Fundação Carlos Chagas.